



**DINÁMICA DEL ORDENAMIENTO JURÍDICO COLOMBIANO EN PREVENCIÓN
Y TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS: ENTRE EL DEBATE MUNDIAL,
EL MARCO INTERNACIONAL Y LA IMPLEMENTACIÓN DE NUEVAS
ESTRATEGIAS**

ANDREA CAROLINA VELANDIA DURÁN

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
UNIVERSIDAD DE KONSTANZ
MAESTRÍA EN DERECHO PÚBLICO
BOGOTÁ 2016**

**DINÁMICA DEL ORDENAMIENTO JURÍDICO COLOMBIANO EN PREVENCIÓN
Y TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS: ENTRE EL DEBATE MUNDIAL,
EL MARCO INTERNACIONAL Y LA IMPLEMENTACIÓN DE NUEVAS
ESTRATEGIAS**

ANDREA CAROLINA VELANDIA DURÁN

Código: 2133573

**Tesis de grado para optar al título de
Magister en Derecho Público**

ANDRÉS ABEL RODRÍGUEZ VILLABONA

Director de Tesis

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
UNIVERSIDAD DE KONSTANZ
MAESTRÍA EN DERECHO PÚBLICO
BOGOTÁ 2016**

RESUMEN

En el presente trabajo de investigación se analizan de manera comparada algunos de los principales modelos existentes de políticas de control de drogas y las diferentes posturas que hay en torno a las mismas. Se hace énfasis en el problema del consumo de estas sustancias y su relación con la salud pública, evidenciando ciertas fricciones entre las opiniones, máxime cuando se cuestionan los límites del derecho al libre desarrollo de la personalidad y del poder del Estado y la Comunidad Internacional.

Igualmente, se revisa el ordenamiento jurídico colombiano e internacional, comprendiendo el marco normativo, decisiones jurisprudenciales, políticas implementadas, instrumentos internacionales, así como informes de diferentes entidades públicas, de organismos internacionales, de Organizaciones No Gubernamentales y de académicos que analizan el panorama actual y las experiencias en otros países.

Todo lo anterior con el fin de proponer alternativas, estrategias o en lo posible el modelo más idóneo para Colombia, a partir del análisis del panorama actual de las medidas implementadas en el mundo, así como de la síntesis del debate actual sobre el consumo de drogas.

PALABRAS CLAVES

DROGAS – DEBATE - ESTADO – DERECHO INTERNACIONAL - CONSUMO – SALUD – LIBRE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	3
TABLA DE CONTENIDO	4
SIGLAS	7
GLOSARIO	8
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I EL DEBATE ACTUAL Y SUS PRESUPUESTOS CONCEPTUALES.....	17
1. CONCEPTOS Y CATEGORÍAS EN UN CONTEXTO DE AMBIGÜEDADES	19
1.1. AL RESCATE DE LA SALUD PÚBLICA	20
1.2. MÁS VALE PREVENIR QUE	21
1.3. POR UN DERECHO AL TRATAMIENTO DIGNO	24
1.4. EL CONSUMO Y SUS IMPLICACIONES	25
1.4.1. DESDE SUS INICIOS HASTA... ..	28
1.4.2. LA SITUACIÓN ACTUAL.....	29
1.5. DERECHO Y MORAL ¿UN DEBATE QUE NUNCA TERMINARÁ?.....	32
2. MODELOS DE POLÍTICAS DE DROGAS – LOS EXTREMOS Y LOS INTERMEDIOS	38
2.1. PROHIBICIONISMO	39
2.1.1. DESACIERTOS Y CRÍTICAS A LA BATALLA CONTRA LAS DROGAS	40
2.2. ¿DESCRIMINALIZACIÓN O DESPENALIZACIÓN?	44
2.3. LA APUESTA POR LA REDUCCIÓN DE DAÑOS	46
2.4. ¿AÚN ES UN DESATINO PENSAR EN LA LEGALIZACIÓN – REGULACIÓN?..	49
EN RESUMIDAS CUENTAS... ..	53
CAPITULO II POR UN MUNDO QUE LUCHA O CONVIVE CON LAS DROGAS	55
1. INFLUENCIA DEL MARCO INTERNACIONAL EN LA PREVENCIÓN Y CONSUMO DE ESTUPEFACIENTES	55
1.1. PRINCIPALES INSTRUMENTOS INTERNACIONALES Y SU RECEPCIÓN EN COLOMBIA.....	59
1.1.1. INSTRUMENTOS INICIALES.....	59
1.1.2. INSTRUMENTOS PARA LA CONSOLIDACIÓN DE LA POLÍTICA PROHIBICIONISTA	61
1.2. PRONUNCIAMIENTOS DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES.....	75

1.2.1. ORGANISMOS INTERNACIONALES.....	76
1.2.2. PROPUESTAS Y PROYECTOS.....	78
2. EXPERIENCIAS DE OTRAS LATITUDES	91
2.1. URUGUAY: ¿un modelo a seguir?.....	92
2.1.1. PRINCIPALES DISPOSICIONES	92
2.1.2. CONSIDERACIONES SOBRE EL MARCO REGULATORIO	97
2.1.3. CONSIDERACIONES SOBRE LOS USOS MÉDICOS DE LA MARIHUANA	98
2.1.4. RESPECTO DE LAS DECISIONES JUDICIALES	99
2.1.5. CONSIDERACIONES SOBRE EL MODELO URUGUAYO DESDE UNA PERSPECTIVA INTERNACIONAL	100
2.2. ESTADOS UNIDOS: En medio de las ambivalencias	101
2.2.1. LEGALIZACIÓN DE MARIHUANA.....	101
2.2.2. TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS	103
2.2.3. TRIBUNALES COMUNITARIOS.....	104
2.3. ESPAÑA: Clubes Sociales de Cannabis	104
2.4. HOLANDA: Los coffee shops.....	107
2.5. BRASIL: La reducción de daños	109
2.6. PORTUGAL: La descriminalización de las drogas ilegales	110
PARA FINALIZAR.....	111
CAPITULO III EL RÉGIMEN JURÍDICO COLOMBIANO Y SU DINÁMICA FRENTE AL CONSUMO DE DROGAS	113
1. ANTECEDENTES.....	114
2. LA CONSTITUCIÓN DE 1991, EN PRO DE LAS LIBERTADES	116
3. LOS DEBATES EN TORNO AL ACTO LEGISLATIVO 2 DE 2009	121
4. POLÍTICAS PÚBLICAS: SUS DIVERSOS ENFOQUES FRENTE AL FENÓMENO DE LAS DROGAS	135
4.1. PRINCIPALES ENTIDADES GUBERNAMENTALES	138
4.2. BREVE RECUENTO DE LAS POLÍTICAS DE LOS SUCESIVOS GOBIERNOS DESDE LA CONSTITUCIÓN DE 1991.....	142
4.2.1. EL GOBIERNO GAVIRIA Y CAMBIOS DE PERCEPCIÓN	142
4.2.2. SAMPER AL IGUAL QUE SU ANTECESOR	143
4.2.3. PASTRANA: ENTRE EL PLAN COLOMBIA Y RUMBOS	144
4.2.4. URIBE, SEGUIDOR DEL PROHIBICIONISMO	146
4.2.5. SANTOS: ABRIENDO LAS PUERTAS AL DEBATE.....	152
4.2.6. EL CASO ESPECIAL DE BOGOTÁ: LOS CAMAD EN LA BOGOTÁ HUMANA DE PETRO	154

4.2.7. COMPARACIÓN DE LAS POLÍTICAS GUBERNAMENTALES.....	159
5. AMBIVALENCIAS DEL MARCO JURÍDICO.....	162
EN SÍNTESIS.....	169
CONCLUSIONES	171
ANEXOS – JURISPRUDENCIA COLOMBIANA.....	178
BIBLIOGRAFÍA	187

SIGLAS

CAD: Centros de Atención en Drogadicción

CAMAD: Centros de Atención Móvil a Drogodependientes

CAN: Comunidad Andina

CBD: Cannabidiol

CE (CND en inglés): Comisión de Estupefacientes

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas

CICAD: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas

EMCDDA: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

ETA: Estimulante de Tipo Anfetamínico

FIP: Fundación Ideas para la Paz

JIFE: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

ODC: Observatorio de Drogas de Colombia

OEA: Organización de los Estados Americanos

OID: Observatorio Interamericano de Drogas

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización no gubernamental

ONU: Organización de las Naciones Unidas

ONUDD (UNODC en inglés): Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

OPDOP: Observatorio Latinoamericano de Políticas de Drogas y Opinión Pública

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

RD: Reducción de Daños

SPA: Sustancia Psicoactiva

THC: Tetrahidrocannabinol

TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación

UNASUR: Unión de Naciones Suramericanas

GLOSARIO

Droga¹: “toda sustancia que introducida en el organismo vivo modifica sus funciones fisiológicas” (Estatuto Nacional de Estupefacientes artículo 2° literal a). Así mismo, el artículo 2° del Estatuto Nacional de Estupefacientes, desarrolla otros conceptos con un significado similar, como lo son: **abuso** “uso de droga por una persona, prescrita por ella misma y con fines no médicos”; **dependencia psicológica** “necesidad repetida de consumir una droga, no obstante sus consecuencias”; **adicción o drogadicción** “dependencia de una droga con aparición de síntomas físicos cuando se suprime la droga”, y **toxicomanía** “dependencia a sustancias médicamente calificadas como tóxicas”; en contraste con las anteriores se utilizan expresiones como **prevención** “conjunto de actividades encaminadas a reducir y a evitar la dependencia”; **tratamiento** “métodos de intervención terapéutica encaminados a contrarrestar los efectos producidos por la droga”, y **rehabilitación** “actividad conducente a la reincorporación útil del farmacodependiente a la sociedad”.

Consumo problemático: hace alusión a los “patrones de uso de sustancias que implican un incremento de inconvenientes que impiden el normal desarrollo tanto del funcionamiento del individuo (a nivel de salud, estabilidad psicológica, social y económica) como de su entorno, siendo estos inconvenientes provocados por el consumo abusivo de sustancias o por la dependencia de ellas.” (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia, en Informe Final, 2015, p. 10).

Cannabis Sativa o marihuana: se encuentra definida por la OEA (2013a) como una sustancia que “tiene como compuesto activo al tetrahidrocannabinol (THC), que afecta la regulación de las emociones, memoria, atención, control de la atención y la percepción². El consumo intenso de marihuana incrementa la probabilidad de que se presenten síntomas

¹ Se aclara que no se tratará de un debate semántico sobre las expresiones “drogas”, “sustancias psicoactivas” o “estupefacientes”, las cuales se utilizarán en el presente trabajo como palabras sinónimas; al respecto ver la apreciación que expone Uprimny en los Documentos Técnicos de los “Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia” (2015, pp. 4 y 20)

² Citando a Piomelli, D. (2013). The molecular logic of endocannabinoid signaling. *Nat Rev Neurosci*, 4(11), 873-84.

psicóticos, depresivos y conducta suicida³. La investigación indica que las alteraciones cognitivas producidas por esta droga podrían ser reversibles una vez que la persona deja de consumirla, pero otros estudios demuestran que el consumo intenso durante la adolescencia puede producir cambios persistentes. La evidencia científica disponible señala que es una droga asociada a una menor mortalidad en comparación con otras sustancias, pero que no está exenta de daños potenciales y está asociada con riesgos mayores si se consume en la adolescencia.” (pp. 22-23)

Cocaína: Conforme a la OEA (2013a) “es un potente estimulante con una gran capacidad adictiva. Se extrae de las hojas de la planta *Erithroxylon coca*.” (p. 23). Su consumo presenta diversidad de efectos perjudiciales para la salud a corto y largo plazo

“Crack” de cocaína: “Es un material duro, escamoso, que se obtiene agregando amoníaco o bicarbonato de sodio y agua al hidrocloreto de cocaína y al calentarlo se obtiene un polvo. El término “crack” o “crac”, que es el nombre vulgar que se utiliza en la calle para la cocaína “freebase”, se refiere al sonido que produce cuando se calienta la mezcla. El crack de cocaína generalmente se fuma.” (UNODC/Organización de los Estados Americanos, 2014, p. iv)

Pasta base de cocaína (PBC): conocida como “basuco” (Colombia), “paco” (Argentina y Uruguay), “pitillo” (Bolivia), “pasta base” (Chile) y “pasta” (Perú); “Es un polvo blancuzco, blanco crema o beige, no muy fino y por lo general contiene otras sustancias y es generalmente húmedo.” (UNODC/Organización de los Estados Americanos, 2014, p. iv)

Heroína: “es parte del grupo de los opiáceos y se obtiene del procesamiento de la amapola. Una de sus formas de consumo es por vía intravenosa, por lo que rápidamente llega al cerebro, donde se convierte en morfina y activa receptores celulares específicos. La heroína es una sustancia psicoactiva altamente adictiva, que genera una rápida dependencia física y psicológica en los consumidores.” (OEA, 2013a, p. 23)

³ Citando a Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B., Burke, M., Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370(9584), 319-28

Estimulantes de tipo anfetamínico (ETA): “grupo de sustancias compuestas de estimulantes sintéticos, incluyendo la anfetamina, la metanfetamina, la metcatinona y sustancias del grupo del éxtasis.” (UNODC/Organización de los Estados Americanos, 2014, p. iv)

Interdicción: “Es la interceptación de drogas de contrabando por aire, mar o tierra por parte de las fuerzas encargadas del cumplimiento de la ley y de garantizar la seguridad. Usualmente se hace en aguas o zonas internacionales.” (OEA, 2013b, p. 15)

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de las drogas es dinámico, representado en nuestro país como un proceso que va desde la organización de grupos con el propósito de desarrollar actividades ilícitas las cuales comprenden la producción, procesamiento y tráfico de las sustancias psicoactivas, hasta llegar al consumidor que al abusar de las mismas tiene que afrontar difíciles circunstancias que se extienden a la familia y a la comunidad. Los efectos en la salud son preocupantes debido a que la gran mayoría de consumidores problemáticos no tienen acceso a tratamiento, según lo expuesto en el Resumen Ejecutivo del Informe Mundial sobre las Drogas 2015 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (p. i). En tal sentido presenta hechos funestos de tipo social, económico y ambiental, que afectan al desarrollo de la humanidad, por cuanto perturban la paz, tranquilidad, salud y demás condiciones necesarias para un óptimo nivel de vida, aunque varios autores no le atribuyen estas graves consecuencias sólo a las drogas sino también a las políticas que se han implementan para abordarlas.

Por otro lado, es importante resaltar los diálogos de paz entre el Gobierno de Juan Manuel Santos y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo (FARC-EP), conocido como “El Proceso de Paz en Colombia” desarrollado en La Habana (Cuba). Al respecto se resalta del “Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera” (2016, pp. 88, 104-106) el cuarto punto denominado “Solución al Problema de las Drogas Ilícitas” donde se contemplan los “Programas de Prevención del Consumo y Salud Pública”, pactando desde el 16 de mayo de 2014 la creación de un “Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas” y un “Sistema Nacional de Atención a las Personas Consumidoras de Drogas Ilícitas”, política orientada por los principios de derechos humanos, salud pública, participación comunitaria, fundamento en evidencias, así como un enfoque diferencial y de género. Lo anterior, partiendo del reconocimiento del consumo de drogas ilícitas como un asunto de salud pública que requiere de forma prioritaria acciones de prevención, tratamiento, rehabilitación e inserción social, demandado para tal fin la articulación de las autoridades competentes (Oficina del Alto Comisionado para la Paz, 2014, pp. 7-8).

A) MÁS ALLÁ DEL PROHIBICIONISMO

El **problema de investigación** consiste en determinar algunos elementos de lo que puede considerarse el modelo más adecuado para abordar el problema del consumo de drogas en Colombia a partir de un análisis comparado, así como realizar un estudio de los principales instrumentos internacionales, el marco jurídico nacional y las diversas estrategias que se han planteado desde la doctrina. En este punto, se aclara que el tema de investigación se desarrolla principalmente en el área del derecho constitucional, teniendo en cuenta que abarca derechos fundamentales como el libre desarrollo de la personalidad y la salud. Igualmente, examina varios pronunciamientos de la Corte Constitucional y las leyes que pretenden regular algunos aspectos relacionados con la tesis. De forma complementaria, comprende una revisión de políticas públicas implementadas por distintos gobiernos del orden internacional, nacional y local.

En tal sentido, se establece como **objetivo principal** proponer alternativas, estrategias o en lo posible el modelo más idóneo para Colombia en relación con el consumo de drogas. A partir de este propósito, se identifican **seis objetivos específicos**, así: 1- Mediante el presente trabajo de investigación se pretende mostrar el contexto actual en el que se encuentra el consumo de drogas, con base en los últimos estudios realizados a nivel mundial, regional y nacional; 2- Así mismo, se busca revisar las experiencias legislativas y de políticas públicas implementadas en otros países, como Uruguay, Estados Unidos, España, Holanda, Brasil y Portugal; 3- Igualmente, se expondrán las diferentes posiciones de expertos en el tema, políticos, instituciones gubernamentales y organizaciones, las cuáles han incidido en las políticas contemporáneas al generar desde cambios graduales a radicales; 4- Dentro de este contexto, con el estudio de la jurisprudencia y la doctrina se busca determinar hasta qué punto puede intervenir el Estado colombiano en prevención y tratamiento del uso de estupefacientes sin vulnerar los derechos fundamentales de los consumidores, estableciendo la legitimidad que tiene para actuar en la materia, además de vislumbrar el cumplimiento de sus deberes constitucionales; 5- En consecuencia, se presentará el debate doctrinal y jurisprudencial del derecho fundamental al libre desarrollo de la personalidad, el derecho a la salud, así como la relación derecho – moral; 6- Finalmente, mediante la aplicación de un estudio comparado se

pretende establecer si en el tema de investigación, Colombia se puede considerar como un productor jurídico o un receptor de derecho (aplicando un proceso de adaptabilidad).

Este estudio se justifica en la medida que “la profundización del debate en relación con las políticas sobre consumo de drogas debe apoyarse en evaluaciones rigurosas del impacto de las diversas propuestas y medidas alternativas a la estrategia prohibicionista, que ya están siendo probadas en diferentes países, buscando la reducción de los daños individuales y sociales.” (Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, 2009, p. 14). En este orden de ideas se estudian las políticas implementadas en Colombia y se revisan aquellas adoptadas en otros países.

La presente investigación también se fundamenta en el hecho que Colombia no es un mero productor, sino también un gran consumidor, teniendo en cuenta el Informe Mundial sobre las Drogas 2014 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (p. 15), donde se evidencia su alto consumo en cocaína, cannabis y el uso de drogas sintéticas cada vez más frecuente dentro de la población estudiantil⁴.

De lo anterior se extrae la importancia del tema de investigación en el debate actual, debido al aumento que ha presentado Colombia en el consumo de estupefacientes, lo cual suscita muchas posiciones y variedad de medidas⁵. Por tanto, su utilidad es de carácter académico, ya que supone un aporte al conocimiento relacionado con el desarrollo del ordenamiento jurídico colombiano en prevención y tratamiento del consumo de estupefacientes. Además, tiene una utilidad jurídico-social, gracias al estudio comparado, al análisis del ordenamiento jurídico

⁴ Ver II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria (Informe Regional, 2012) y Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia. Bogotá, D.C., mayo de 2013).

⁵ Al respecto, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes indica en su Informe del 2014 que: “En julio de 2014 Colombia publicó los resultados de su estudio nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas de 2013, entre cuyos objetivos se contaba determinar las tendencias del uso de drogas comparando los resultados con los de un estudio similar realizado en 2008. Una variación estadísticamente significativa que se observó fue el incremento de la prevalencia anual del consumo de cannabis, que pasó del 2,1% del segmento de la población general de edades comprendidas entre los 12 y los 65 años en 2008 al 3,3% en 2013, debido principalmente a los incrementos registrados en los tramos de edad inferiores (12 a 17 y 18 a 24 años). El uso indebido de sal de cocaína y de basuco (una variedad de cocaína para fumar) no mostró grandes variaciones. En cambio, el uso indebido de LSD sí aumentó considerablemente, y la prevalencia de vida del consumo de opiáceos de venta con receta rebasó el 1% en 2013.” (p. 75).

colombiano y del marco internacional, puesto que propone cambios en el país con relación a prevención y tratamiento del consumo de drogas.

B) PLAN DE TRABAJO

De acuerdo con lo anterior, se realiza como primera medida un estudio exploratorio ya que se indaga y busca sobre los temas relacionados con la prevención y el tratamiento del consumo de estupefaciente, desde un ámbito local, nacional e internacional; recolectada la información pasa a una investigación descriptiva donde se examinan las normas nacionales e internacionales, argumentos jurisprudenciales, políticas públicas y posturas de la doctrina. En concordancia, el método de investigación utilizado es histórico y de análisis, teniendo en cuenta que se reflexiona sobre los antecedentes, causas y contextos que determinaron un cambio en nuestro ordenamiento jurídico y su desarrollo⁶.

Ahora bien, respecto de los niveles de comparación, se precisa conforme a la clasificación de Pegoraro y Rinella (2006, pp. 66-67), que se trata de: 1- Una comparación jurídica en sentido restringido, por cuanto se limita al derecho vigente; 2- Siguiendo esta línea, es una comparación sincrónica, ya que estudia ordenamientos contemporáneos, pese a que algunos cuentan con antecedentes que datan desde el siglo XX (como es el caso de la ley holandesa del opio de 1976), pero que se han constituido como modelos en la actualidad; también se evidencia que algunos son distantes en el espacio, aunque como se refirió en el caso anteriormente citado, las distancias geográficas no impiden la relevancia de modelos jurídicos en un mundo globalizado; 3- Se limita a los sistemas jurídicos de Uruguay, España, Holanda, Brasil, Portugal y Estados Unidos (en este último país haciendo énfasis en los estados que han regulado el uso de marihuana), por la relevancia mundial que presentan sus novedosas políticas y reformas normativas; en este punto, se debe tener en cuenta que existen sistemas jurídicos totalmente diferentes, donde se mantienen regímenes radicales que contemplan hasta la pena de muerte para los delitos relacionados con drogas, aunque el ideal sería un mundo donde se garanticen los derechos fundamentales, empezando por la vida.

⁶ Ver en cuanto al tipo de investigación a Vanegas et al. (2004, pp. 39-47)

Conforme a lo expuesto, el primer capítulo inicia con un análisis del actual debate sobre las drogas, presentando cada uno de los modelos que han existido, se han implementado o se sugiere adoptar, bajo una óptica de conceptos y derechos tales como la libertad, la salud, el poder del Estado, la soberanía de los pueblos, la relación moral - derecho, entre otros. Se prosigue en el segundo capítulo con una revisión del marco internacional, que comprende el estudio de los principales instrumentos normativos, así como las posiciones de los diferentes organismos y las políticas alternativas adoptadas por otros países como son Uruguay, España, Holanda, Brasil, Portugal y algunos estados de Estados Unidos.

Posteriormente, se realiza en el tercer capítulo un estudio del desarrollo jurídico en prevención y tratamiento de consumo de drogas en Colombia desde 1991 hasta julio de 2016, haciendo énfasis en la promulgación del Acto Legislativo 2 de 2009, a fin de evidenciar el cambio en nuestro ordenamiento jurídico con su expedición. Así mismo, se revisa el marco legal, las principales decisiones judiciales, las funciones de las más importantes instituciones, las políticas públicas dirigidas a la prevención y tratamiento, así como su compatibilidad con el derecho supranacional (global y regional) y el grado de obligatoriedad o coacción que tienen los preceptos internacionales al interior de país.

Por consiguiente, se indaga por el desempeño estatal frente a la prevención y el tratamiento del uso de drogas, considerado como una cuestión de salud pública. El estudio se realiza desde la expedición de la Constitución Política de 1991, ya que en esta se establece que el Estado debe garantizar el derecho a la salud orientado por los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad dentro del marco de un Estado social de derecho, fundado en el respeto de la dignidad humana y donde también se consagra como un derecho fundamental el libre desarrollo de la personalidad. Hay que tener en cuenta que dicha constitución prevé la creación de la Corte Constitucional, órgano que mediante sus pronunciamientos, especialmente con la sentencia C-221 de 1994, da un giro tendiente a la protección de la libertad individual, guardando coherencia con la filosofía liberal de la carta política. Además, como se analiza el impacto del marco internacional, adquiere importancia el Capítulo VIII del Título VII de la Carta Constitucional (artículos 224 a 227) donde se hace alusión a las relaciones internacionales. Igualmente, se destaca la expedición del Acto Legislativo 2 de

2009, que entró en vigencia el 21 de diciembre de 2009, debido al énfasis constitucional que se da a la prevención y rehabilitación del consumo de estupefacientes.

Por otro lado, se estudia la incidencia en la rama ejecutiva del poder público que tienen los diferentes modelos jurídicos relacionados con el consumo de drogas (1- liberal – individualista, 2- orientado a reducción de daños, 3- intervencionista, 4- regulador, 5- prohibicionista y 6-sancionador), empezando por el gobierno del expresidente César Gaviria Trujillo hasta el actual presidente Juan Manuel Santos. Al revisar las políticas de salubridad pública se pretende evidenciar los cambios que han experimentado, para de esta manera establecer si estas se suscriben a un gobierno determinado, a presiones internacionales provenientes de organizaciones y Estados o al fenómeno de la globalización; en tal sentido, se busca determinar las implicaciones y consecuencias que traen esas transformaciones en el marco jurídico colombiano y en el ámbito social.

Finalmente, se concluye con la agrupación de las recomendaciones más significativas que presentan la doctrina, líderes, entidades y organizaciones; igualmente, se sintetizan las principales ideas y propuestas para abarcar el problema de investigación.

CAPÍTULO I

EL DEBATE ACTUAL Y SUS PRESUPUESTOS CONCEPTUALES

En este primer capítulo se pretende contextualizar el debate actual en torno al fenómeno de las drogas, con énfasis en el consumo. En la primera parte se iniciará con la importancia de los derechos a la salud pública, la prevención del consumo y el tratamiento digno del consumidor. Posteriormente se mencionarán brevemente los orígenes del consumo y se presentarán datos recientes sobre la demanda. Finalmente, se abordará los principales puntos en el “debate” derecho y moral relacionado con el tema de investigación.

En la segunda parte se analizarán los diferentes modelos de políticas que se han implementado o que se propone adoptar por varios académicos, líderes políticos⁷ u organizaciones que promueven un cambio de paradigma, advirtiendo que en una problemática tan compleja como es el fenómeno de las drogas, es necesario apartarse de las dicotomías y polarizaciones, como lo sugiere Vergara (2013, p. 178).

Restrepo (2013, pp. 70, 74) hace alusión a las manifestaciones de rechazo a la guerra contra las drogas, señalando que los ciudadanos exigen al Estado el reconocimiento del consumo (especialmente de la marihuana) basándose en el derecho al libre desarrollo de la personalidad, así como la intención de limitar el poder interventor del Estado y librar a los consumidores de estigmas (enfermos y delincuentes) que los sitúa en el campo clínico y penitenciario. Igualmente, resalta el papel que desempeñan las redes sociales para divulgar diferentes posiciones y convocar a manifestaciones.

⁷ La política fundada en la batalla contra las drogas ha provocado numerosos cuestionamientos, promoviéndose un debate sobre el actual régimen internacional por parte de personalidades como el exsecretario General de la ONU Kofi Annan, los expresidentes Fernando Henrique Cardoso (Brasil), César Gaviria y Ernesto Samper (Colombia), Ernesto Zedillo y Vicente Fox (México), Jimmy Carter y Bill Clinton (Estados Unidos), el presidente Juan Manuel Santos (Colombia), la exsecretaria General de UNASUR, María Emma Mejía, entre otros. Al respecto, Restrepo (2013, p. 70) considera como tardía las intervenciones de los expresidentes en los cuestionamientos de la guerra contra las drogas. Véase Pontón (2013, p. 43), Soberón (2013, p. 33), Restrepo (2013, p. 73); así como los informes publicados en el 2009 por la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia titulado “Drogas y democracia: Hacia un cambio de paradigma” y en el 2011 por la Comisión Global de Políticas de Droga.

En tal sentido, Mathieu y Niño (2013, pp. 40-41) proponen “des-estigmatizar el debate” para lograr una política de drogas integral y efectiva, mediante una discusión abierta, fundamentada en estudios objetivos, libre de intereses políticos y prejuicios morales, aclarando que no existe evidencia científica que asocie el consumo de drogas con la comisión de delitos.

Al respecto Gómez (2012b, pp. 13-16) como asesor del despacho del Procurador General de la Nación cuando se publicó su libro “8 MITOS DE LA LEGALIZACIÓN DE LAS DROGAS”, versión ampliada y actualizada de “7 MITOS DE LA LEGALIZACIÓN DE LAS DROGAS”, cuestiona la idea de legalizar las sustancias psicoactivas sustentada con argumentos tales como la calificación de droga inocua a la marihuana o los relacionados con la congestión en las cárceles, etc.. Este autor considera más graves los peligros relacionados con el consumo de drogas ilícitas frente al consumo de drogas legales, discute los mitos que propugnan los defensores de la “guerra por la legalización” en contraposición a la “lucha contra las drogas” y afirma que no es un debate nuevo. Respecto de éste último punto, hace referencia al Informe Anual de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de 1992 (pp. 7-10), donde se plasma la discusión sobre la despenalización del consumo de drogas con fines diferentes a los médicos o científicos, con énfasis en la legalización del uso recreativo del cannabis y los intentos de creación de un mercado internacional de productos de coca, así como preguntas relacionadas con la diferenciación que se hace entre drogas blandas y duras.

Los ocho mitos que refuta Gómez (2012b) son: “la guerra contra las drogas ha fracasado”, “la gente que consume drogas no hace daño a otros”, “despenalizar ó legalizar las drogas no aumentará su consumo”, “el tratamiento a los adictos a las drogas viola sus derechos humanos y el derecho a la autodeterminación”, “¿las cárceles están llenas de simples consumidores de drogas, o pequeños distribuidores?”, “legalizar las drogas permitiría a los Estados regular y gravar su producción, como ocurre con el tabaco y el alcohol”, “la guerra contra las drogas no puede ganarse” y “la discusión sobre la legalización no puede hacerse empleando argumentos éticos ni morales”⁸.

⁸ Éste último mito fue el que se adicionó a la última versión del Informe.

Al contrario de Gómez, Arana (2013) señala como falsos algunos de los mitos que difunde la política prohibicionista, tales como “que el consumo de derivados del cannabis o de derivados de opiáceos potencien la comisión de actos violentos, o que existe una causa-efecto de la denominada “teoría de la escalada”, donde se empieza consumiendo cannabis y se concluye consumiendo heroína” (p. 130).

1. CONCEPTOS Y CATEGORÍAS EN UN CONTEXTO DE AMBIGÜEDADES

Al revisar los ordenamientos jurídicos, el marco internacional y las posiciones doctrinales, los términos relacionados con el tema son imprecisos porque no presentan definiciones o interpretaciones globales, variando en cada país o en las diferentes ciencias que lo estudian, opinión que comparto con Arana (2013, p. 129). En tal sentido, se presentarán los principales conceptos que se desarrollan en el trabajo de investigación, conforme a las definiciones encontradas en el marco nacional e internacional, así como lo establecido por la doctrina, haciendo algunas observaciones en ciertas definiciones y/o términos.

Comenzando por Uprimny (2015), que en los Documentos Técnicos presentados por la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia, asimila la expresión **sustancia psicoactiva** a la palabra **droga**, haciendo referencia “a todas aquellas sustancias susceptibles de alterar el sistema nervioso central, generar dependencia y producir un daño individual o social. Y como especies de este género tendríamos diversas denominaciones y clasificaciones (drogas legales e ilegales; estimulantes, depresores y alucinógenos, etc.), siendo la jurídica (estupefacientes, sustancias sicotrópicas y sustancias legales) tan sólo una de ellas.” (p. 20).

Por otro lado, Grover (2010) diferencia el **consumo de drogas** de la **drogodependencia**, al señalar que ésta última es “un trastorno crónico recurrente que altera los procesos cerebrales y que puede requerir tratamiento médico, idealmente mediante un enfoque “biopsicosocial”. En cambio, el consumo de drogas no es un problema de salud y no necesariamente implica dependencia. De hecho, la mayoría de las personas que consumen drogas no se vuelven dependientes de ellas y no necesitan tratamiento alguno.” (p. 5).

Igualmente, la OEA (2013a) define el “**problema de las drogas**” como el “conjunto de actividades asociadas a la producción, comercialización y consumo de sustancias declaradas prohibidas por las convenciones internacionales relativas al tema de las drogas o estupefacientes” (p. 18). Así mismo, aclara que todas las naciones y personas lo viven pero en diferentes maneras según sus realidades particulares, lo que implica diversidad de problemas asociados con las drogas (p. 17).

1.1. AL RESCATE DE LA SALUD PÚBLICA

Con éste subtítulo se pretende resaltar la importancia de la salud pública, materializada en las políticas enfocadas en garantizar la salud de forma integral a todas las personas de la población, bajo la dirección del Estado, pero con la participación de todos los sectores de la sociedad. Para tal fin, es necesario el fortalecimiento de los planes institucionales, recurso humano idóneo, prevención de enfermedades, promoción de la salud, intervención de la ciudadanía y constante monitoreo e investigación (Departamento Nacional de Planeación, s.f., párr. 3 y 4).

Se debe garantizar la eficacia y fácil acceso de los servicios de salud a toda la población; no obstante lo anterior, resulta necesario distinguir entre consumo de drogas y drogodependencia teniendo en cuenta que “No todo consumo de drogas es problemático y, en consecuencia, no todo consumo de drogas requiere una respuesta de servicios de salud.”(Csete, 2014, p. 77), aunque no debe subestimarse la importancia de la prevención y la información oportuna, clara y veraz. Al respecto se destaca dentro de las formas de tratamiento, ya sea con internamiento o atención domiciliaria, el apoyo de medicación con metadona, estrategias de apoyo grupal, terapias conductuales y cognitivas; sin embargo, se advierte que ninguno de estos tratamientos es eficaz en el 100% de los casos, conforme lo indican la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la ONUDD⁹. Por tanto, se considera normal que los drogodependientes experimenten varios tipos de terapia hasta encontrar la que efectivamente funcione en su caso particular, ya sea logrando una abstinencia total o un consumo de drogas menos problemático. Igualmente,

⁹ Citando a OMS y ONUDD. (2008). *Principles of drug dependence treatment: discussion paper* [Principios para el tratamiento de la dependencia a las drogas: documento para discusión]. Viena: Naciones Unidas. Recuperado de <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>

se informa que tiene el porcentaje más alto de éxito cuando el tratamiento se complementa con ayuda social (vivienda estable, asistencia alimentaria y apoyo a los familiares).

Asimismo, los programas que suministran implementos esterilizados de inyección (distribución de agujas y jeringas) han evidenciado enorme éxito en prevención del VIH, como también los espacios supervisados o de inyección segura¹⁰ (lugares donde los consumidores se inyectan drogas ilícitas con materiales estériles y bajo observación de profesionales de la salud), evitando la mortalidad asociada por sobredosis, como ocurre en Insite, centro que funciona en Vancouver, Canadá (Csete, 2014, pp. 81-82). De la misma manera, el tratamiento de sustitución de opiáceos OST (siglas en inglés), consistente en suministrar diariamente medicinas derivadas del opio (especialmente metadona y buprenorfina) por vía oral (para evitar inyectarse), lo cual reduce riesgos de infección de VIH y estabiliza la ansiedad que presentan los dependientes a los opiáceos; no obstante lo anterior, esta medida recibe críticas por profesionales y políticos al considerar que se sustituye una adicción por otra (Csete, 2014, pp. 79-81).

1.2. MÁS VALE PREVENIR QUE...

La prevención hace referencia “a los programas destinados a disuadir o retrasar el inicio del consumo de drogas o, en caso de que ya haya iniciado, a evitar la progresión hacia los trastornos del consumo o la dependencia.” (OEA, 2013b, pp. 15-16)

En cuanto a las estrategias de prevención, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA, 2014) distingue “La **prevención ambiental y universal** se dirige a poblaciones completas, la **prevención selectiva** atiende a grupos vulnerables que pueden estar en riesgo mayor de presentar problemas de consumo de drogas, y la **prevención específica** se centra en personas en situación de riesgo.” (p. 53, subrayado y negrilla fuera de texto); dentro de ésta clasificación destaca que la prevención selectiva ha presentado mayor eficacia y sugiere mayor atención a la población estudiantil que presenta problemas sociales y académicos, así como a los jóvenes que han cometido delitos¹¹.

¹⁰ Alemania, los Países Bajos y Suiza fueron los pioneros; también existen en Canadá y Australia (Csete, 2014, p. 82)

¹¹ Según la OEA (2013a) “No existe un factor que determine, por sí solo, que una persona desarrolle dependencia a las drogas. Sin embargo la ciencia ha identificado una variedad de factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de

Conforme a lo anterior, Larreamendy-Joerns y Vence (2011, pp. 131-132), enfatizan que los programas de prevención en colegios, comunidades y medios de comunicación, deben complementarse con programas de reducción del daño, así como adaptarlos al tipo de droga, a modelos de consumo, al contexto cultural y a la audiencia a la que se dirigen (en éste último teniendo en cuenta su edad); así mismo, deben ser interactivos, consistentes y evaluables.

En esta línea, Pérez y Mejía (2015, pp. 32-38) realizan un análisis de la prevención del consumo de drogas y señalan lo que ha funcionado y no en este ámbito, resaltando que un programa es eficaz cuando se presta en las etapas adecuadas y tiene gran significado en la vida de los adolescentes, es flexible, interactivo, se adecua a las condiciones particulares de la población y se centra en un sola sustancia; respecto de América Latina preocupa la falta de evaluación, omitiendo demostrar la eficacia de los programas, sin evidenciar una modificación positiva del consumo de drogas, por el contrario, éste aumenta por múltiples razones, dentro de las cuáles está: 1- el hecho que ningún programa en el mundo puede controlar todos los factores que inciden en el consumo; 2- el fracaso de la tendencia a importar estrategias preventivas, por diferencias culturales, entre otras; 3- falta de continuidad y cobertura a todo los habitantes.

Por otro lado, es importante destacar como lo dice Aguilar (2012), que en la salud mental, especialmente en el campo de las adicciones, existen diversos factores que las propician, agrupándolas en los ámbitos individual, familiar, social y educativo; igualmente, se destacan factores de vulnerabilidad al identificar “genes vinculados con la expresión de enzimas de degradación de ciertas sustancias psicoactivas, de modo que cuando existen características genéticas asociadas con dichas enzimas pueden condicionar vulnerabilidad ante las adicciones” (p. 69); en el mismo sentido Bühler (2014) clasifica los niveles de vulnerabilidad en “factores sociodemográficos y socioculturales; factores psicológicos y psiquiátricos; y

la adicción. Uno de los más importantes es la edad del primer consumo. Las neurociencias han demostrado que el cerebro de los niños y adolescentes está aún desarrollándose y que el consumo de drogas durante ese periodo puede tener consecuencias significativas en el largo plazo (...) Existen estructuras del cerebro humano que continúan madurando hasta los 25 años de edad (...) Mientras más se retrase el inicio en el consumo de cualquier sustancia, después de que hayan concluido los procesos de desarrollo cerebral comentados, la acción preventiva tendrá un mayor impacto.” (p. 22).

factores biológicos y genéticos (Swendsen y Le Moal, 2011)¹². Es importante tener en cuenta que estos tres niveles están estrechamente relacionados entre ellos y frecuentemente es su interacción concreta la que da lugar a un fenotipo adicto.” (p. 30), destacando este autor que “Este factor genético de las adicciones hace que éstas sean una enfermedad que posee un importante componente hereditario.” (p. 31). Por tanto, concluyen Ruiz et al. (2010) “la interacción entre el cerebro, los genes y las drogas nos permiten entender que una adicción no puede eliminarse sólo con la voluntad del paciente para no consumir más la droga, sino que se trata de una enfermedad crónica que requiere un tratamiento integral”.

Finalmente, Pérez y Mejía (2015, pp. 44-48, 66) destacan como un sistema preventivo exitoso al Communities That Care (CTC), conocido en Colombia como “Comunidades Que se Cuidan” (CQC), desarrollado desde 1989 en Estados Unidos, el cual promueve la participación comunitaria (organización social, normas contra el comportamiento antisocial e intervención en las actividades preventivas), con fundamento en estudios interdisciplinarios rigurosos a fin de encontrar soluciones idóneas para casos en particular. Este sistema se compone de tres elementos¹³: 1- **Proceso de empoderamiento** que comprende elaboración y ejecución del plan de acción conforme a datos empíricos; 2- Diseñar un **Perfil comunitario** con fundamento en la “Encuesta para jóvenes” que evalúa los factores protectores y de riesgo; y 3- Presentar una lista de programas preventivos, el cual es objeto de selección por parte de la comunidad. No obstante lo anterior, estos autores recalcan la importancia de actualizar

¹² Citando a Swendsen, J. y Le Moal, M. (2011). Individual vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1216(1): 73-85.

¹³ “La estructura de implementación de CTC es cíclica y se desarrolla en cinco fases: 1. *Inicio*: se evalúa la disponibilidad para el cambio en la comunidad, se identifican actores, se reclutan líderes y se obtiene el apoyo de las escuelas para aplicar la encuesta sobre factores protectores y de riesgo. 2. *Organizar, introducir, involucrar*: se forma una coalición y se da inicio a las capacitaciones de los actores adultos principales, que se prolongarán durante las cinco fases; se desarrolla una visión de futuro para los niños de la comunidad y se organiza una estructura para poder moverse en esa dirección. Se hacen dos capacitaciones: la orientación a líderes sobre prevención y la forma de organizar un Comité Comunitario que sea la máxima autoridad a la hora de tomar decisiones. 3. *Desarrollo de un perfil de la comunidad*: fase en la que se aplica la encuesta a jóvenes; los líderes escogidos reciben una capacitación sobre la forma de interpretar los factores protectores y de riesgo y sobre esa base sugieren cuáles son prioritarios. También se evalúan los programas comunitarios, las políticas y los recursos existentes referentes a los factores protectores y de riesgo. 4. *Plan de acción*: La Junta Comunitaria revisa los resultados de la fase 3 y desarrolla un plan de acción, a partir de un entrenamiento en planeación comunitaria. Se escogen los programas, las prácticas y las políticas que puedan cambiar los factores de riesgo y los comportamientos problemáticos. Se proponen metas y objetivos medibles. 5. *Implementación*: se ofrece un entrenamiento para la ejecución del plan comunitario considerando la importancia de mantenerse fiel a los lineamientos del sistema, de los aspectos financieros de la implementación, y de los elementos que permitirán evaluar adecuadamente los resultados.” (Pérez y Mejía, 2015, pp. 48-49).

continuamente los programas, la evaluación de los mismos y que su diseño permita modificaciones.

1.3. POR UN DERECHO AL TRATAMIENTO DIGNO

En cuanto al tratamiento para las dependencias ofrecido en el continente Americano, la OEA (2013a, p. 72), considera que la prestación de este servicio tiene un carácter segmentado, al margen de las entidades públicas y bajo la dirección de particulares o asociaciones comunitarias con especial connotación religiosa, mostrando gran preocupación por la potencial transgresión de los derechos humanos de los consumidores que acceden a estos servicios¹⁴.

Dentro de las terapias para las adicciones, se encuentran las cognitivo-conductuales (desarrollar habilidades sociales y de comunicación, manejo de estrés e ira), la teoterapia (basadas en creencias religiosas), las intervenciones farmacológicas (se clasifican según el uso de drogas) o la participación en grupos de apoyo, intervención en parejas, familias y comunidades; éstas terapias pueden ser ambulatorias, residenciales o mixtas, dependiendo de las necesidades del paciente y su entorno. También, las metas que se pretenden alcanzar pueden variar desde la desintoxicación, hasta la abstinencia total o un consumo funcional. Las características de los tratamientos son: 1- Ninguno es universalmente efectivo, 2- Deben ser accesibles y prolongados, 3- Conveniencia de integrar intervenciones comportamentales y medicación y 4- Evaluación (Larreamendy-Joerns y Vence¹⁵, 2011, pp. 133-135).

¹⁴ Al respecto, el Centro de Estudios Legales y Sociales – CELS (2015) denuncia que “Las limitaciones en la atención por parte del sistema público de salud repercuten en la proliferación de instituciones privadas que operan sin regulación oficial. Esto ha llevado, por ejemplo, a la expansión de distintas modalidades de asistencia (grupales e incluso residenciales) ligadas a comunidades religiosas¹⁴ cuya falta de inserción en el sistema público favorece situaciones de maltrato que ningún organismo estatal controla o supervisa¹⁴.” (p. 49).

¹⁵ Larreamendy-Joerns y Vence (2011, p. 136-137) resaltan como un análisis completo del tratamiento en Colombia, la investigación de Inés Elvira Mejía “Diagnóstico situacional de instituciones de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a consumidores de SPA en Colombia” publicada en el año 2004 por el Ministerio de la Protección Social y la Dirección General de Calidad de Servicios; de este estudio destacan tres hallazgos: 1- Incremento y prevalencia de terapias basadas en teoterapia 2- Marginalidad de tratamientos destinados a la reducción del daño, es decir, que no impliquen la abstinencia total 3- La debilidad financiera de la mayoría de entidades, incidiendo negativamente en la calidad de profesionales y de los servicios.

En tal sentido, se destacan los siguientes tratamientos: 1- sustitución de opioides acompañado de intervenciones psicosociales y centros de consumo supervisados; 2- para jóvenes consumidores de cannabis se aplica la terapia familiar multidimensional; 3- en cuanto a tratamientos innovadores se hace referencia a los servicios que se prestan por internet, que tiene la ventaja de tener acceso a estos programas desde la casa; 4- servicios de reinserción social como complemento a los tratamientos, dentro de los cuales se mencionan las ofertas de trabajo temporales acompañadas con actividades de formación; 5- servicios de sanidad que se ofrecen en los establecimientos carcelarios (EMCDDA, 2014, pp. 53-62).

1.4. EL CONSUMO Y SUS IMPLICACIONES

El desarrollo del consumo de drogas es el aspecto menos estudiado, si se le compara con los realizados sobre producción y tráfico, lagunas en el campo científico que obstaculizan la planeación de políticas públicas dirigidas a la prevención y tratamiento¹⁶, máxime si se considera al consumidor como una víctima que está en desproporción y desamparo, en razón a que los narcotraficantes son los que dominan el comercio ilegal, fijando precios e imponiendo reglas (Vergara, 2013, p. 184).

Al estudiar la evolución del consumo de drogas desde 1996 a 2008 (con base en las encuestas realizadas por la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE)¹⁷), Camacho, Gaviria y Rodríguez (2011, pp. 42-43) concluyen que éste aumentó durante los últimos años, en todas las edades, sin distinción de género, estratos y tipos de ocupación; también resaltan que los hombres de estratos altos, entre los 18 y 24 años de edad, consumidores habituales de alcohol y cigarrillos, son los más proclives a consumir sustancias psicoactivas. Igualmente, infieren

¹⁶ Opinión que comparten, entre otros autores, Camacho, Gaviria y Rodríguez (2011, pp. 41-42); Larreamendy-Joerns y Vence (2011, pp. 121-124); Vergara (2013, p. 226).

¹⁷ Estudios nacionales de consumo de sustancias psicoactivas de los años 1996 y 2008 ejecutados por la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE) en colaboración con la Escuela Colombiana de Medicina, el Centro de Estudios e Información en Salud de la Fundación Santafé (CEIS) y el Ministerio de la Protección Social; Camacho, Gaviria y Rodríguez aclaran que éstas dos encuestas no son comparables entre sí, ya que usaron distintas metodologías de muestreo y recolección de datos, así: “La población objetivo de la primera encuesta estuvo compuesta por personas entre 12 y 60 años de edad, residentes en 150 municipios de 7.000 o más habitantes. La población objetivo de la segunda encuesta estuvo conformada por personas entre los 12 y los 65 años de edad, residentes en las capitales departamentales y cabeceras de municipios con 30.000 o más habitantes.” (2011, pp. 45-46). Igualmente, indican estos autores que su estudio se centró en las cinco drogas ilegales más consumidas en Colombia: marihuana, cocaína, basuco, heroína y éxtasis, indicando que para ésta última sustancia únicamente hay información en el año 2008; igualmente, manifiestan que en las encuestas existe información tanto de sustancias lícitas como de ilícitas.

que los consumidores de drogas están en mayor grado implicados en problemas familiares y con amigos, que en otro tipo de inconvenientes¹⁸. Finalmente deducen que la despenalización del consumo de drogas no es un elemento importante en el aumento del consumo, razón por la cual cuestionan lo argumentado por el Gobierno del expresidente Álvaro Uribe, donde se relacionaba el aumento del consumo como una consecuencia directa de la sentencia C-221 de 1994 proferida por la Corte Constitucional, que despenalizó el consumo de la dosis personal; aumento que a su vez se consideraba como el origen de la violencia generada por las organizaciones criminales por obtener el dominio en el microtráfico¹⁹.

Por otro lado, se clasifica el uso de las drogas según la frecuencia del consumo, en experimental, regular o social y nocivo o abuso. Sobre estas conductas, la OEA (2013a, pp. 67-69) resalta los cuestionamientos a las orientaciones que se centran solamente en la responsabilidad del sujeto, abogando por un enfoque más amplio que incluya el entorno social y cultural, representado en los factores de riesgo (por ejemplo la incidencia de la vulnerabilidad social; al respecto señala que las transformaciones de las estructuras sociales

¹⁸ Al respecto Camacho, Gaviria y Rodríguez advierten que en relación a los problemas y riesgos asociados al consumo de drogas, sólo se realizaron las preguntas a los consumidores de drogas “lo que impide una comparación o un análisis de la medida en que el uso de drogas ocasiona los problemas reportados. No sabemos, por ejemplo, si los no consumidores son menos propensos a involucrarse en este tipo de situaciones. Las encuestas futuras deberían realizar este tipo de preguntas a todos los individuos para poder así hacer las comparaciones del caso.” (2011, p. 56).

¹⁹ En concordancia con la información obtenida en las mencionadas encuestas, también se anotó que: 1- Las políticas de prevención deben orientarse en edades cada vez más tempranas. 2- Aumento en el porcentaje de personas que reportan el consumo de drogas alguna vez en sus vidas, informando que el nivel educativo no influye considerablemente en esto. 3- Existe mayor consumo en los estratos altos, así como mayor probabilidad de uso de sustancias psicoactivas en la población desempleada. 4- El consumo de drogas está muy relacionado con las prácticas de bebidas de alcohol y uso del cigarrillo; 5- Respecto del impacto de la despenalización del consumo de la dosis mínima en Colombia, se analizó teniendo en cuenta tres aspectos: (i) Con base en la encuesta del 2008 revisar la evolución del consumo desde los ochenta: con los datos obtenidos no se pudo confirmar que el uso de sustancias psicoactivas aumentara en el país de forma significativa desde la despenalización; (ii) Examinar si el aumento del consumo también ocurrió en otros países: al realizar un estudio internacional con países suramericanos, comparándose el consumo de cocaína alguna vez en la vida en Argentina, Chile, Colombia, Perú y Ecuador para los años de 1996-1999 y 2008, se concluye que históricamente el consumo ha sido mayor en Argentina y Chile, menor en Perú y Ecuador, ubicando a Colombia en una posición intermedia, razón por la cual deducen que si el impacto de la despenalización fuera significativo, el aumento del consumo en Colombia sería mucho mayor que el de otras naciones; (iii) Analizar si el crecimiento del consumo difiere en algunas ciudades del país: en el estudio se comparan las encuestas de la DNE de los años 1996 y 2008, en relación al consumo de drogas en Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y el resto del país, evidenciándose importantes diferencias entre las ciudades; por ejemplo: para el año 2008 el consumo en Medellín duplicaba el de Barranquilla; el aumento del consumo para el 2008 fue más alto en ciudades donde el consumo era menor para 1996. Por éstas razones resulta dudosa la hipótesis consisten en que el aumento del consumo sea consecuencia de un cambio jurisdiccional que tuvo una aplicación uniforme en todo el país; 6- Las causas del crecimiento del consumo no están determinadas (Camacho, Gaviria y Rodríguez, 2011, pp. 50, 52-54, 57, 59-62).

tradicionales, como son los cambios que ha experimentado la familia, generan deterioro en la cohesión social) y de protección (capacidad de resiliencia de las personas).

También se clasifican según los fines que busca el consumidor en: “1) recreacionales; 2) de placer; 3) de exploración; 4) de estímulos físicos/desempeño; 5) religiosos o espirituales²⁰; 6) de salud/sanitarios; 7) de emociones; 8) de respuesta a una presión; y 9) de adicciones o dependencia.” (Vergara, 2013, p. 227), es decir, que las razones del consumo se extiende desde un mero gusto del usuario, con fines exploratorios, hasta constituir una necesidad, posibilidades que pueden ser simultáneas, mixtas o cambiables²¹.

Ahora bien, Larreamendy-Joerns y Vence (2011, pp. 121-126) describen el fenómeno de las drogas como una realidad personal, consistente en un tragedia humana que comprende sufrimiento, dependencia, nefastas consecuencias económicas y de salud; al respecto aducen que los objetivos de las entidades competentes se enfocan en la lucha contra las drogas, con el fin de lograr la abolición de la oferta; en tal sentido, señalan que la insuficiencia en las políticas de reducción de la demanda en el país, se debe a la falta de estrategias firmes de prevención a nivel nacional y local, así como en ámbitos escolares, familiares, comunitarios y en medios masivos de comunicación; también a la carencia de intervenciones terapéuticas objeto de evaluación (rescatando al Programa Presidencial Rumbos, correspondiente al gobierno de Andrés Pastrana).

En este punto señalan que la falta de planes en prevención y tratamiento se debe a: 1- La prevención es un tema nuevo en los escenarios políticos y académicos, a nivel nacional e internacional, así como un problema complejo y dinámico. 2- Deficiencia en la información sobre el consumo y tratamiento. 3- Por cuestiones políticas, económicas y morales de las

²⁰ Pérez (2015, p. 72) aclara que las prácticas de las poblaciones indígenas de Colombia con sustancias que alteran los estados de conciencia (destacando el yajé, mambeo de hojas de coca, bebidas fermentadas), nunca han sido problema al ser ritos de sus culturas.

²¹ Por otro lado, se identifica dentro de los estímulos que indicen en el consumo de drogas la búsqueda de la felicidad o satisfacciones relacionadas con la vida diaria y la vida esperada, en tal sentido, muchas campañas de prevención ofrece alternativas, como realizar actividades artísticas, deportes, etc., que compense la monotonía que conlleva al consumo y abuso de drogas (Vergara, 2013, p. 245).

drogas, los debates se tornan ideológicos, quienes citando a Paglia y Room (1999)²² hablan sobre el mito cultural de que el alcohol, tabaco y marihuana conllevan inevitablemente al uso de drogas duras; también hacen alusión a la relación que se hace con la ideología de la temperancia, “que igualaba prevención con abstinencia y consumo con falla moral” (p. 123).

4- Constante percepción de Colombia como país productor y no consumidor, lo cual conlleva a establecer como principal objetivo la reducción de la oferta de droga colombiana en el comercio internacional por una lado, pero por el otro atenta contra las iniciativas para disminuir ofertas y demandas internas. 5- Injerencia de la ONU, la OEA, la CAN y Estados Unidos en las políticas públicas de Colombia relacionadas con la reducción de la demanda. (Larreameydy-Joerns y Vence, 2011, pp. 122-124)

1.4.1. DESDE SUS INICIOS HASTA...

Al remitirse al origen del uso de sustancias como la marihuana y la coca, se evidencia su relación con la historia de la sociedad, como identidad de varias comunidades o símbolo de culturas ancestrales, ya sea por hacer parte de los ritos sagrados, para tratar enfermedades, el hambre y el cansancio o simplemente con fines recreativos. Por esta razón Galán y Guerrero (2008, pp. 30-47) consideran importante el elemento histórico sobre el problema de las drogas. Respecto del consumo en América Latina señalan que primero se vio atacado por la conquista europea y actualmente por las políticas antidrogas adelantadas por Estados Unidos. No obstante lo anterior, cuestionan la imputación que se hace al prohibicionismo estadounidense como único responsable de los perjuicios sufridos por los países productores, ya que existen otros factores como los fracasos de las instituciones y de las políticas de estos países, así como las concepciones religiosas, sociales y culturales a nivel internacional.

Igualmente se destaca dentro de los acontecimientos históricos que han tenido efectos en el consumo de drogas ilícitas, la expansión del Imperio Británico hacia Oriente desde el siglo XVIII, que generó una producción masiva de opio en la India Británica y su exportación a China²³ (Informe Mundial sobre las Drogas 2012 UNODC, pp. 136-137).

²² Paglia, A., & Room, R. (1999). Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention*, 20(1), 3-50

²³ Así mismo, se resalta la guerra de Vietnam, la terminación de la guerra fría y la abolición del apartheid en Sudáfrica.

Respecto del origen de la normatividad internacional, conforme a Pontón (2013, p. 42), se remite a principios del siglo XX con la Comisión Internacional del Opio de Shanghái en 1909. Posteriormente, se fortalece el régimen prohibicionista con la declaración de la “guerra contra las drogas” en 1971, proclamada por el expresidente de Estados Unidos Richard Nixon y complementada en 1982 por el gobierno de Ronald Reagan. Consideran Gaviria y Mejía²⁴ (2011, pp. 1-5), que a partir de la promulgación de la batalla contra las drogas se inicia la historia del narcotráfico en Colombia, y también se ofrece ayuda militar a los países productores y exportadores de drogas ilícitas. Éste punto de la historia, para Pontón (2013):

“marcó la dinámica de la geopolítica mundial y, por ende, la supremacía de la “mirada hegemónica” del problema que consiste en: a) militarización y criminalización del consumo y la oferta; b) clasificación geopolítica mundial entre países consumidores y países productores; c) focalización en la lucha contra la producción in situ; d) alta injerencia en los espacios multilaterales mundiales y regionales para la promulgación de legislación, tratados y mecanismos de regulación del tráfico de drogas.” (p. 43)

1.4.2. LA SITUACIÓN ACTUAL

Dentro de los últimos estudios internacionales, cabe destacar el Informe Mundial sobre las Drogas 2015 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, que en su Resumen ejecutivo señala que consumieron drogas ilícitas en 2013 aproximadamente 246 millones de personas (equivalente a una de cada 20 personas) correspondientes a los 15 y 64 años de edad, incrementándose en 3 millones de personas respecto del año anterior, aunque los relacionan con el crecimiento de la población mundial, para concluir que el consumo se mantiene estable. (p. i)

Igualmente, se advierte que unos 27 millones de personas son consumidores problemáticos (1 de cada 10 consumidores padece trastornos generados por el consumo o drogodependencia), lo cual es preocupante para el sistema de salud en su área de prevención y tratamiento (p. i.). Al

²⁴ Los compiladores del libro “Políticas antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos”, son Alejandro Gaviria Uribe, Ministro de Salud y Protección Social desde el 3 de septiembre de 2012, y Daniel Mejía Londoño, destacando dentro de sus cargos: Presidente de la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia, Director del Centro de Estudios sobre Seguridad y Drogas de la Universidad de los Andes – CESED, Subsecretario de Asuntos para Convivencia y Seguridad Ciudadana (Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.)

respecto indica que está aumentando la población que requiere tratamiento por el uso de cannabis y que existen “más datos que apuntan a que el cannabis podría ser más perjudicial” (UNODC, 2015, p. ii), aunque la droga de mayor preocupación en América Latina y el Caribe es la cocaína (UNODC, 2015, p. iii).

Es importante destacar del Informe Mundial de Drogas de la UNODC del año 2012²⁵, que en el año 2010 aproximadamente 230 millones de personas (equivalente al 5% de la población adulta del mundo), consumieron alguna droga ilícita, coincidiendo que 27 millones (el 0,6% de la población adulta mundial) son consumidores problemáticos y que el cannabis es la droga ilícita más consumida en el mundo. (pp. iii - Prefacio, 85).

Ahora bien, a pesar que en la mayoría del mundo el uso de SPA tiende a estabilizarse, se presenta aumento en varios países en desarrollo, ocupando Colombia un lugar intermedio entre los países suramericanos, el cual es un claro ejemplo de la transición de contextos marcados por la oferta a la consolidación del consumo; igualmente, se evidencia con los estudios epidemiológicos disminución en el consumo de sustancias lícitas como el tabaco, estabilidad con el alcohol (aunque señalando que estas dos sustancias con las de mayor consumo e impacto nocivo en la salud), pero incremento en el uso de SPA, especialmente la marihuana en población general y vulnerable como la escolar y universitaria; respecto del basuco, su uso se está limitando a la población marginalizada (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia, Informe Final de 2015, pp. 23-24 y Mejía en los Documentos Técnicos, 2015, pp. 42- 43)

Igualmente, en el Informe Mundial sobre las Drogas 2012 de la UNODC (p. 137) se relaciona las preferencias a ciertas drogas ilegales con la moda o popularidad que tengan en un determinado momento, como lo fue el LSD y otras sustancias alucinógenas en los años sesenta, asociado su consumo con una cultura psicodélica; así como la cocaína en América del Norte en la década de 1970, aunque en los ochenta con el crack se estigmatizó su uso debido a los nocivos efectos en las familias y comunidades; también la metacualona (sedante hipnótico

²⁵ Al que hace referencia varios autores como Mathieu y Niño (2013, p. 50-51), Vergara (2013, p. 181) y la OEA (2013a, p. 69)

y depresor del sistema nervioso central) en la década de 1970 en los Estados Unidos y posteriormente en Sudáfrica (conocido como Mandrax); el éxtasis desde finales de los ochenta, vinculado su incremento de consumo a fiestas “rave”; por otro lado, se indica que ha bajado la popularidad de la heroína, asociando sus usuarios a personas que alcanzan la tercera edad y padecen de enfermedades.

Pérez (2015, p. 68) asegura que el primer estudio formal sobre consumo a nivel nacional fue en 1992 realizado por la Fundación Santa Fé de Bogotá, seguido por el del Ministerio de Justicia y el Derecho & DNE en 1996. De estos estudios extrae que Colombia presentaba uno de los consumos más altos en la década de los noventa, situación que se ha modificado, debido a que el país actualmente ocupa un lugar intermedio de consumo, a pesar de los factores de riesgos existentes. Dentro de los aspectos que han servido para contrarrestar esa realidad, el mencionado autor destaca: 1- la fuerte cohesión familiar, y 2- citando al antropólogo Daniel Lende (2002)²⁶, el rechazo social o estigmatización de los “drogadictos”.

Pérez (2015, pp. 69-70) resalta dentro de los principales estudios realizados en Colombia: el de consumo de sustancias entre jóvenes de 12 a 24 años entre 2001 y 2002 (Programa Presidencial RUMBOS), Fracciones atribuibles drogas/criminalidad en adultos (Pérez, Valencia & Rodríguez, 2006), Transiciones en el consumo de drogas en Colombia (Pérez, 2007), Estudio nacional de consumo de SPA en población general de 12 a 65 años (Ministerio de Protección Social & DNE, 2009), Consumo de SPA en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia (Pérez, 2010), Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria: informe de Colombia (Andina de Naciones, DNE 2009), Estudio nacional de consumo de SPA en población escolar (MinSalud/CICAD, 2011), Contexto de vulnerabilidad al VIH/SIDA en los grupos de consumidores de drogas de alto riesgo (CODAR) en las ciudades de Medellín y Armenia (Pérez, 2011) y el Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria: informe de Colombia (Comunidad Andina de Naciones, 2013)

²⁶ Lende, D. (2002). The Paradox of Colombia: Drug Use and Abuse in Cross-Cultural Context. Manuscrito no publicado.

De las conclusiones que Pérez (2015, p. 71) señala al analizar el consumo de drogas en el país, se destacan las siguientes: 1- Colombia tiene el primer lugar en el subcontinente respecto del consumo temprano de alcohol; 2- incremento de consumo de todas las sustancias en las mujeres; 3- aceleramiento en el consumo de heroína; 4- aumento del consumo de marihuana, ligero de cocaína y variable de otras sustancias en los últimos 20 años contados desde la Sentencia C-221 de 1994 de la Corte Constitucional, aunque aclara que éste incremento también se ve en la mayoría de los países de América Central y de Suramérica; 5- en grandes ciudades se aumentó el consumo de sustancias sintéticas; y 6- reducción del uso de pasta base de cocaína, la cual se ha circunscrito a poblaciones marginalizadas.

1.5. DERECHO Y MORAL ¿UN DEBATE QUE NUNCA TERMINARÁ?

La Declaración Universal de los Derechos Humanos es “considerada generalmente el fundamento de las normas internacionales sobre derechos humanos (...) supone el primer reconocimiento universal de que los derechos básicos y las libertades fundamentales son inherentes a todos los seres humanos, inalienables y aplicables en igual medida a todas las personas, y que todos y cada uno de nosotros hemos nacido libres y con igualdad de dignidad y de derechos” (ONU, s.f., párr. 1 y 2). Este instrumento internacional contiene los derechos objeto de estudio en el presente trabajo de investigación, como son la libertad y la salud (artículos 1, 3 y 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos), conforme a lo expuesto en la parte introductoria.

En cuanto a la fundamentación de los derechos humanos Rincón (2012), desarrolla las posturas moral y no moral; en esta última hace alusión al positivismo jurídico, en cuanto “los derechos humanos son resultado del ordenamiento jurídico, por lo cual no constituyen un *a priori* y no pueden desarrollarse sin el orden estatal requerido” (p. 33). Por otro lado, al desarrollar el enfoque moral, donde los derechos tienen una concepción natural en cuanto constituyen parte fundamental del ser humano y por tanto son condición que antecede todo ordenamiento jurídico, encuentra como líneas de argumentación la axiológica²⁷, el iusnaturalismo²⁸, el utilitarismo²⁹, el enfoque kantiano³⁰ y el historicismo³¹ (pp. 36-57).

²⁷ En la línea axiológica (Rincón, 2012, pp. 36-37) ubica a Eusebio Fernández, a quien le atribuye la concepción de los derechos humanos como prejurídicos, ya que hacen parte de la dignidad de la persona y por ende son previos al ordenamiento jurídico, aunque éste es necesario para la realización de los mismos; por tanto, siguiendo el mismo

Frente al enfoque iusnaturalista, Rincón (2012) analiza la postura de Ángelo Papacchini³² sobre el fundamento de los derechos humanos, considerando que “debe ser laica, inclusiva en la diversidad de concepciones religiosas de los seres humanos y estar orientada así desde un enfoque ético de lo público que en vez de certezas absolutas se sustente en el diálogo de razonamientos.” (p. 82). Manifiesta que su fundamentación debe tener un contenido histórico que exponga su proceso de estructuración y las necesidades que pretende satisfacer. Al respecto señala tres periodos en la consolidación de los derechos desde el siglo XVIII, así: 1- Neutralización de desigualdades económicas, 2- Condiciones materiales mínimas para

autor, se considera necesaria la fundamentación ética de los derechos, destacando tres valores: la seguridad-autonomía, la libertad y la igualdad, provenientes de la dignidad humana.

²⁸ En cuanto al iusnaturalismo (Rincón, 2012, pp. 37-39), lo clasifica en clásico y moderno, en el primero define la ley natural como ley divina, la cual prevalece y antecede a la ley positiva; en el segundo, adicional a lo anterior, da importancia a la razón y la necesidad de formar un Estado de Derecho para garantizar los derechos; desarrolla la postura de Mauricio Beuchot (Rincón, 2012, pp. 73-77) como exponente del iusnaturalismo clásico, a quien le destaca de la relación moral – derecho, que los derechos humanos necesitan una estructura moral a fin de que las personas los respeten y reconozcan en los demás, requiriéndose una educación de la libertad encaminada al bien común, la formación en la virtud de la justicia y en pro del respeto por los derechos ajenos, la dignidad humana, igualdad y solidaridad, considerando a la naturaleza humana como su origen universal.

²⁹ En relación al utilitarismo (Rincón, 2012, pp. 39-44), destaca a su precursor Jeremy Bentham quien propugna el principio de la mayor felicidad; también resalta la argumentación de John Stuart Mill relacionada con la defensa de la libertad como condición del progreso de las personas, resaltando más que la protección legal, es la “protección en contra de la costumbre de establecer una moral común en la que no puede existir nadie diferente” (p. 41), considerando que la libertad puede ser desconocida tanto por los gobernantes como por las mayorías, las cuales pueden eliminar la opinión de una persona que probablemente ayudara al progreso de la sociedad; siendo la defensa propia la única excepción para transgredir la libertad ajena. Otros fundamentos de las teorías utilitaristas son la igualdad, el respeto, la personalidad (que sustenta la libertad y la autonomía), sin olvidarse que cada individuo es diferente.

³⁰ Del enfoque kantiano (Rincón, 2012, pp. 44-57), se aprecia a la persona como origen y soporte de la democracia, así como la transformación del Estado natural al Estado civil de conformidad con los principios de la razón, concibiendo la fundamentación de los derechos humanos como la realización de una sociedad justa y la inclusión de todas las personas en el derecho. Rincón (2012, pp. 97-107) reflexiona sobre Carlos Nino como uno de los expositores de esta corriente (pensamiento que se desarrolla en la sentencia C-221 de 1994), por cuanto fundamenta los derechos humanos mediante principios morales, al considerarlos derechos morales, percibiendo a la conciencia como característica fundamental de la persona y postulando a la autonomía, la inviolabilidad y la dignidad de la persona como tres principios morales desde la perspectiva liberal. La concepción de autonomía se presenta como la defensa de la libertad en cuanto no afecte a terceros; desde una perspectiva liberal se considera inaceptable la imposición de modelos morales para planear la vida de las personas, considerando Nino que el Estado debe limitarse a crear instituciones que ayuden a alcanzar los objetivos de vida que tiene cada individuo e impedir la intervención mutua, proclamando el respeto de las opiniones y creencias de las personas.

³¹ Rincón (2012, pp. 58-60) en relación con el historicismo hace alusión a la filosofía de Hegel en el proceso derecho abstracto (autoafirmación del individuo desde la búsqueda de apropiación) - moral (autonomía de decisión) – eticidad (reconocimiento en las relaciones sociales y la creación del Estado que protege el desarrollo de la libertad en la relación interpersonal), traducido en el camino que recorre la persona de su estado natural al racional teniendo como punto final la formación del Estado, estando presente la libertad como característica del hombre social.

³² Respecto de Ángelo Papacchini, Rincón (2012, pp. 81-87) indica que este autor compara los modelos iusnaturalista y utilitarista para desarrollar la relación que existe entre derechos y necesidades, así como también reflexiona sobre el modelo kantiano.

alcanzar dignidad y libertad (derechos sociales) y 3- Reconocimiento e inclusión (pluralismo – diversidad) (pp. 85-86). Por otro lado, reafirma la relación que debe tener el derecho a la vida con la autonomía y la dignidad, destacando la necesidad de un Estado Social de Derecho para terminar con las violaciones a los derechos humanos (pp. 92-94).

Al revisar “El Concepto de Derecho” de Hart (1998, pp. 196-208), se destaca dentro de la moral a la justicia, con la finalidad de conservar o restablecer un equilibrio teniendo en cuenta la distribución de imposiciones y beneficios, en cuanto a la clasificación que se hace entre las personas y el tratamiento que reciben los diferentes tipos de población; al respecto deduce, que los criterios de semejanzas y diferencias dependen del enfoque moral de cada persona o sociedad; en tal sentido, paralelamente se contempla a la compensación, y señala: “(...) al margen de lo que las normas jurídicas prescriben existe la convicción moral de que las personas sometidas al orden jurídico tienen derecho a que los demás se abstengan de ciertos tipos de conducta dañosa. Tal estructura de derechos y obligaciones recíprocos, que proscribe por lo menos las formas más groseras de daño, constituye la base de la moral de todo grupo social. Su efecto es crear entre los individuos una igualdad moral, en cierto sentido artificial, para contrarrestar las desigualdades de la naturaleza.” (p. 205).

Al respecto, Hart (1998, p. 209) desarrolla la “textura abierta” de las palabras moral y ética en cuanto a la apreciación subjetiva que cada persona puede tener de los que es o no moral; en consecuencia se puede hablar de la moral aceptada o convencional de una sociedad específica, en referencia a “pautas o criterios de conducta que son ampliamente compartidos en una particular sociedad, y que deben ser contrapuestos a los principios o ideas morales que pueden regir la vida de un individuo, pero que éste no comparte con ningún número considerable de aquellos con quienes convive.” (p. 210)³³.

³³ En este punto Hart (1998) señala: “la existencia de un sistema jurídico es un fenómeno social que presenta siempre dos aspectos, y que tenemos que prestar atención a ambos para que nuestro punto de vista sea realista. La existencia de un sistema jurídico implica las actitudes y la conducta que van involucradas en la aceptación voluntaria de reglas, y también las actitudes y la conducta, más simples, involucradas en la mera obediencia o aquiescencia. De aquí que una sociedad en la que hay derecho está compuesta por aquellos que ven sus reglas desde el punto de vista interno como pautas o criterios de conducta aceptados, y no meramente como predicciones dignas de confianza de lo que los funcionarios les harán si desobedecen. Pero también está compuesta por aquellos a quienes, va sea porque son malhechores, ya porque son simples víctimas inermes del sistema, estas pautas jurídicas tienen que serles impuestas por la fuerza o mediante amenazas de fuerza. Ellos se interesan por las reglas simplemente como fuentes de posibles castigos.” (p. 249).

Por otro lado, Hart (1998, pp. 250-261) expone la pretensión que busca adecuar el derecho a la moral, desarrollando el contenido mínimo del derecho natural³⁴ y complementando con seis formas que justifican la conexión necesaria entre derecho y moral: 1- Poder y autoridad: por cuanto un sistema jurídico se soporta en la obligación moral; 2- Influencia de la moral sobre el derecho: su estabilidad está subordinada a la compatibilidad con la moral; 3- Interpretación: decisiones judiciales que conllevan a la selección entre valores morales; 4- La crítica del derecho: la adecuación de un sistema jurídico a la justicia y la moral; 5- Principios de legalidad y justicia; y 6- La validez jurídica.

Ahora bien, Galán y Guerrero (2008, pp. 114-122) desarrollando las posturas prohibicionista y antiprohibicionista, abordan el argumento moral, según el cual las drogas son dañinas y corrompen a la sociedad, presenta efectos nocivos en el cuerpo y en la vida; igualmente, se hace alusión a las consecuencias negativas del narcotráfico, fenómeno reconocido conforme se expidieron los instrumentos internacionales sobre drogas.

A pesar que el prohibicionismo pretende enfrentar los efectos nocivos que las drogas ilegales puedan generar, tilda como personas malas a los consumidores de drogas y atribuye a sus seguidores autoridad moral para señalar a los opositores como irresponsables éticos y políticos, por considerar que analizar o cuestionar este modelo es un acto inmoral que respalda a las drogas y a los traficantes (México Unido Contra la Delincuencia - Transform Drug Policy Foundation, 2013, p. 37)

No obstante lo anterior, la Corte Constitucional mediante la sentencia C-221 de 1994 señala que la norma jurídica es bilateral, diferenciándola de la moral que es unilateral, en el sentido que las obligaciones de esta última “no crean en favor de nadie la facultad de exigir la conducta debida. En eso radica su unilateralidad. No en el hecho de que no imponga deberes frente a otro, sino en la circunstancia que no confiere a éste facultad de exigir.”; por otro lado,

³⁴ El contenido mínimo del derecho natural como reglas de conducta indispensables en cualquier sociedad y por ende reconocidos de forma universal, se fundamenta en las siguientes razones: 1- Vulnerabilidad humana; 2- Igualdad aproximada; 3- Altruismo limitado; 4- Recursos limitados; 5- Comprensión y fuerza de voluntad limitadas (Hart, 1998, pp. 238-247).

en el salvamento de voto, se relaciona la autonomía racional de las personas con el orden moral, plasmada en el ideal de perfección como fin del hombre.

En este punto, Hart (1998, pp. 214-223, 283) menciona que es errónea la diferencia entre reglas morales y jurídicas que caracteriza a la primera por prescribir sólo conductas internas y al derecho por limitarlo a su carácter externo; en tal sentido, reconoce la dificultad de formular las diferencias entre estas³⁵, y propone en cambio cuatro características que en su conjunto, distinguen a la moral de cualquier otro tipo de reglas: la importancia, la inmunidad al cambio deliberado, el carácter voluntario de las transgresiones morales y la forma de presión moral. Igualmente, contempla como características del derecho lograr mayor certeza, predicción, proveer de pruebas y permitir mejor apreciación.

Así mismo, para México Unido Contra la Delincuencia - Transform Drug Policy Foundation (2013, p. 38), la mayoría de la población latinoamericana se identifican con valores establecidos por la religión y la cultura; en tal sentido, considera necesario analizar la influencia que tienen los ideales católicos en la política y la sociedad; para el caso colombiano resulta importante estudiar la posición de la Iglesia Católica³⁶, teniendo en cuenta que desempeña un importante papel en el ámbito político y social, como es el caso de los actuales diálogos de paz.

Al respecto, se tienen en cuenta las declaraciones realizadas por el máximo representante de la Iglesia Católica, el Papa Francisco, en contra de la legalización de las drogas, manifestando “Quisiera decirlo claramente: la droga no se vence con la droga. La droga es un mal, y con el

³⁵ Es importante destacar que Hart (1998) también señala las semejanzas entre reglas morales y jurídicas, así: “Unas y otras reglas son concebidas como obligatorias con independencia del consentimiento del individuo obligado y están sustentadas por una seria presión social en procura de la conducta regular; el cumplimiento de las obligaciones morales y el de las obligaciones jurídicas no es considerado digno de encomio, sino una contribución mínima a la vida social, que ha de tomarse como cosa corriente. Además, tanto el derecho como la moral incluyen reglas que rigen la conducta de los individuos en situaciones que se repiten constantemente a lo largo de la vida, y no en ocasiones o actividades especiales, y aunque ambos pueden incluir mucho de lo que es peculiar a las necesidades reales o imaginadas de una particular sociedad, tanto el derecho como la moral formulan exigencias que, obviamente, tienen que ser satisfechas por cualquier grupo de seres humanos para poder convivir.” (p. 214).

³⁶ A pesar que en el artículo 19 de la Constitución Política se garantiza la libertad de culto y todas las religiosas e iglesias son igualmente libres ante la ley, ver la importancia de la religión católica en: Colombia, el sexto país con más católicos. (14 de febrero de 2013). *Semana*. Recuperado de <http://www.semana.com/mundo/articulo/colombia-sexto-pais-mas-catolicos/333397-3>; Colombia el segundo país más católico en América Latina. (2 de marzo de 2013). *Caracol Radio*. Recuperado de http://caracol.com.co/radio/2013/03/02/nacional/1362253620_852034.html

mal no se puede ceder ni tener compromisos. Pensar que se puede reducir el daño permitiendo el uso de sustancias psicotrópicas a las personas que siguen usando drogas, no resuelve el problema (...) No a cualquier tipo de droga. Pero para decir este ‘no’, hay que decir sí a la vida, sí al amor, sí a los demás, sí a la educación, sí al deporte, sí al trabajo, sí a más oportunidades de trabajo”³⁷ (Aciprensa, 2014, párr. 3 y 5)

Finalmente, Gómez (2012) como asesor del despacho del Procurador General de la Nación en su libro “8 MITOS DE LA LEGALIZACIÓN DE LAS DROGAS”, versión que incluye el capítulo titulado “La discusión sobre la legalización no puede hacerse empleando argumentos éticos ni morales”, señala que existe en la interpretación del significado de dignidad humana y el derecho al libre desarrollo de la personalidad “una aparente contradicción dialéctica entre el deber del Estado de combatir las actividades ilegales, y su deber de garantizar el libre desarrollo de la personalidad” (p. 209).

Igualmente, plasma Gómez (2012, pp. 210-211) en la tríada dialéctica, que la 1- **tesis** es la **prohibición**, 2- la **antítesis** es la **legalización** como la absoluta libertad de los mercados de drogas, y 3- la **síntesis** corresponde a la **regularización**, representada en la asociación que existe entre el Estado (como ente regulador y abastecedor de drogas) y las empresas (como productoras responsables), a fin de permitirles a las personas un consumo con fines médicos o recreativos.

Respecto de la regularización Gómez (2012, pp. 211-212) advierte que no elimina ningún tipo de violencia, como tampoco los daños que causa el consumo de SPA en los individuos; igualmente, resalta la dificultad de las familias para prevenir el consumo; en tal sentido califica este modelo como ingenuo, en cuanto a las dificultades que tiene para impedir el consumo problemático y los mercados ilegales, señalando que “La aplicación de ésta propuesta implica aceptar una realidad paralela, aséptica, en la que la búsqueda de una

³⁷ Ver otros artículos en: Vales, J. (25 de julio de 2013). 'Legalización de las drogas no reducirá adicción': papa Francisco. *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12946585>; Francisco: “Hay que decir no a cualquier tipo de droga”. (7 de mayo de 2014). *Clarín*. Recuperado de http://www.clarin.com/mundo/Francisco-decir-cualquier-tipo-droga_0_1133886813.html; Papa Francisco, en contra de la legalización de las drogas. (20 de junio de 2014). *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elspectador.com/noticias/elmundo/papa-francisco-contra-de-legalizacion-de-drogas-articulo-499520>.

supuesta felicidad derivada del placer incluye la posibilidad de drogarse para obtenerlo, como parte del ejercicio de la libertad en el desarrollo de la personalidad. **Esto supone aceptar que es ético lucrarse de la adicción a las drogas, siempre y cuando el Estado intervenga para regularlas.**” (p. 211, negrillas fuera del texto original)

2. MODELOS DE POLÍTICAS DE DROGAS – LOS EXTREMOS Y LOS INTERMEDIOS

La Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia en su Informe Final de 2015 (pp. 15-17), de conformidad con lo descrito por Uprimny en los Documentos Técnicos (2015, pp. 5-9), extrae cuatro modelos de las políticas de drogas de acuerdo con el grado de uso del derecho penal³⁸, así: 1- en un extremo se ubica a la Prohibición estricta o Guerra a las drogas, 2- en el otro a la Despenalización estricta o Política de liberalización total del mercado de las drogas, ubicando dos medidas intermedias, que corresponden a 3- la Prohibición flexible o Reducción del daño y minimización de riesgos, y la 4- Legalización regulada o regularización³⁹, aclarando en éste último que no se trata de proponer un mercado libre de drogas, sino de legalizar y controlar por parte el Estado la producción y distribución, según las particularidades de cada tipo de drogas y conforme a un criterio sanitario, donde también se desestime el consumo; así mismo coexista la distribución, con un fortalecimiento en prevención, tratamiento y atención al toxicómano. (2015, pp. 5, 15-16, 32)

Ahora bien, las alternativas que plantea el antiprohibicionismo, tienen en común la idea realista que las drogas no son eliminables (Galán y Guerrero, 2008, pp. 127-130) y son más humanas y efectivas en comparación con la prohibicionista⁴⁰ (Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, 2009, pp. 31-32).

³⁸ Complementar estos modelos con lo señalado en la Comisión Global de Política de Drogas (2014, pp. 28-33)

³⁹ Posición respaldada por este autor, aunque sus recomendaciones generales se orienten a los derechos humanos y la salud pública en el marco de la reducción del daño

⁴⁰ Al respecto, la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia (2009, pp. 32-35) realiza un breve análisis de algunas políticas y legislaciones nacionales en Europa y en América del Norte, para concluir que son menos represivas, conllevan pocos costos sociales, son más humanas y no aumentaron el consumo. Así mismo, presenta los cambios que se están implementando en América Latina relacionadas con políticas alternativas a la represión indiscriminada con el consumidor (2009, pp. 36-38)

Vergara (2013, pp. 226 y 239) propone que para alcanzar un éxito de las reformas debe existir apoyo e implementación de las mismas en un considerable número de países, es decir, no deben ser asiladas, en razón a que la cadena del comercio de drogas involucra a muchos países. Igualmente, encuentra contradictorio que la demanda sea legal pero la oferta ilegal, señalando que regular solo una etapa presenta más costos que beneficios, razón por la cual plantea una uniformidad en las políticas de los países que conforman una región.

Finalmente, Uprimny (2015, p. 30) considera que no es conveniente optar por los extremos de la penalización del usuario y la prohibición estricta o guerra a las drogas, por un lado, o la total liberalización del consumo y comercio de drogas, por el otro, siendo más viable inclinarse por medidas de reducción del daño o de regulación estricta del mercado de SPA.

2.1. PROHIBICIONISMO

El prohibicionismo se asimila a la “Guerra contra las drogas”, “Régimen internacional de control de drogas” y al “Sistema Internacional de Fiscalización de Drogas y Sustancias Controladas”, definiéndose como el conjunto de leyes o políticas públicas que prohíben y pretenden eliminar el cultivo, la producción, la distribución, la venta, la posesión y el consumo de ciertas drogas con fines diferentes a los medicinales o científicos, teniendo como propósitos alcanzar la abstinencia, crear una sociedad libre de drogas y suprimir el fenómeno de las drogas en todas las fases, estableciendo fuertes medidas represivas o sanciones penales si se incurre en estas conductas⁴¹.

Dentro de los factores que determinaron las postura prohibicionista de Estados Unidos desde la segunda mitad del siglo XIX, Uprimny (2015, pp. 17-18) destaca: 1- la influencia puritana, 2- el papel que desempeñaron en la sociedad, profesionales como los médicos y farmacéuticos, así como líderes políticos y religiosos, al presentar propuestas para enfrentar los problemas de las drogas⁴², 3- se aprecia como instrumento de segregación social⁴³, y 4-

⁴¹ Conforme a las definiciones presentadas, entre otros, por la OEA (2013b, p. 16) y (2013a, p. 91); México Unido Contra la Delincuencia - Transform Drug Policy Foundation (2013, p. 95); Comisión Global de Política de Drogas (2014, p. 45); Tokatlian (2014); Centro de Estudios Legales y Sociales – CELS (2015, p. 60)

⁴² Citando a Rico, J. M. (1986). Les législations sur les drogues: Origine et évolution. *Psychotropes*, III(1), pp. 69 y ss, p. 76

como la oportunidad de aumentar la influencia internacional de EEUU, lo cual coincide con su creciente hegemonía en los ámbitos políticos y económicos, otorgándole legitimidad (según Uprimny con apariencia altruista) en la protección de los derechos.

2.1.1. DESACIERTOS Y CRÍTICAS A LA BATALLA CONTRA LAS DROGAS

En cuanto a la lucha contra las drogas, la política estadounidense desde inicios del siglo XX se ha fundamentado en la concepción de estas sustancias como un mal moral, que pone en peligro a la seguridad; así mismo, parte de la idea que tiene sus orígenes en los países productores y en minorías raciales y étnicas (Tickner y Cepeda, 2011, pp. 207-208).

Numerosos autores⁴⁴ cuestionan la batalla de las drogas, por cuanto ha fracasado al incumplirse las metas propuestas; igualmente consideran que son mayores los efectos nocivos de las medidas de control de drogas, que los perjuicios originados por el consumo⁴⁵.

Dentro de los efectos nocivos que ha generado el régimen prohibicionista, se encuentran⁴⁶: 1- la violación de los derechos humanos, 2- la vulneración a la salud pública, 3- impedimentos al acceso de medicinas esenciales, 4- detrimento del desarrollo y la seguridad, 5- atentar contra el medio ambiente, 6- el incremento de la violencia y poder de las organizaciones criminales, expansión y diversificación del mercado ilegal, 7- desplazamiento masivo de la población, 8- la corrupción y fortalecimiento del vínculo entre narcotraficantes con políticos, 9- congestión en el sistema judicial (enfocándose excesivamente en las personas con menos responsabilidad en el mercado ilegal), que incluye detenciones masivas y hacinamiento en la cárceles, 10- la

⁴³ Vergara indica que las políticas prohibicionistas se originaron en Estados Unidos, como medio de represión a grupos sociales o raciales, al remitirse a la fiebre de oro en California, cuando se crean salas de consumo de opio en la ciudad de San Francisco con la llegada de migrantes chinos, las cuales fueron clausuradas mediante la ordenanza del 15 de noviembre de 1875 y se restringió el consumo a fines medicinales. (2013, p. 181)

⁴⁴ Barra, Joloy y Sánchez (2015, p. 4); Mathieu (2013, pp. 19-20); el Centro de Estudios Legales y Sociales – CELS (2015, p. 51), Mejía (2015, pp. 56-59), entre otros.

⁴⁵ Restrepo (2013) considera que “el problema de las drogas ilegales es la guerra declarada contra ellas más que las drogas mismas” (2013, p. 70); en tal sentido, hace alusión a las manifestaciones donde se expresa que “la violencia desatada en el marco de la guerra contra las drogas es percibida como el problema, no las drogas como dicen los prohibicionistas, sino la guerra desatada contra ellas” (p. 74) aunque también advierte que “Esta afirmación, a modo de consigna, es polémica porque corre el riesgo de banalizar los consumos problemáticos de droga conocidos como adicción.” (p. 74)

⁴⁶ Señalado por varios autores, dentro de los cuáles se encuentran Jelsma - Transnational Institute (2009, pp. 19), Iturralde y Ariza (2011, pp. 293-294), Restrepo (2013, p. 70), Mathieu (2013, pp. 19-20), Mathieu y Niño (2013, pp. 26-30), Madrazo Lajous (2014, p. 59-64), El Centro de Estudios Legales y Sociales – CELS (2015, pp. 6, 51 y 60), Barra, Joloy y Sánchez (2015, p. 4).

estigmatización, discriminación y exclusión social, impactando desproporcionadamente a los grupos más vulnerados, 11- incremento del riesgo y daños producidos por el consumo, 12- aumento de las inequidades económicas y de las desigualdades internacionales, 13- así como una excesiva inversión en políticas poco efectivas, que por el contrario, deberían destinarse a tratamientos como los programas de reducción de daños y prevención de la delincuencia.

A continuación se desarrollan algunas de las consecuencias y/o críticas al modelo prohibicionista mencionadas en el párrafo anterior, debido al impacto que han generado en la sociedad:

a) La batalla contra las drogas con frecuencia se convierte en una guerra contra el consumidor: aglomera las cárceles con esta población, siendo objeto de persecución por parte de las autoridades; se deshumaniza a estas personas y se dificulta el acceso a tratamientos y cuidados mínimos de salud, ya que se ven forzarlos a esconderse y marginarse (Mejía, 2015, pp. 56-58⁴⁷; Jelsma - Transnational Institute, 2009, p. 19), lo cual también conlleva a un aumento del consumo desinformado (Vergara, 2013, pp. 231-232).

b) Así mismo, Passos y Souza (2011, pp. 155-156) consideran que más allá de una batalla contra las drogas, se está reprimiendo a la democracia, por cuanto se enfrentan las fuerzas democráticas/progresistas (promueven la reducción de daños para salvaguardar la vida y la democracia) con las fuerzas conservadoras/totalitarias (apoyo a políticas de guerra contra las drogas), evidenciando contradicciones entre una Constitución garante del derecho a la libertad individual y una ley penal que reprime a las personas el consumo de ciertas sustancias. En tal sentido, Restrepo (2013) señala entre las consecuencias adversas del prohibicionismo (destacando la corrupción y aumento del poder de organizaciones criminales) que “el Estado ha sido “capturado” por poderes que utilizan la institucionalidad pública para lucro privado en declive de los avances democráticos que supone la consolidación constitucional del Estado social de derecho.” (p. 70).

⁴⁷ Citando a la Open Society Institute OSI (2010). Advocating worldwide for drug policies based on human rights and public health. Global Drug Policy Program.

c) Armenta (2015, pp. 41-42) tilda de ecocida a las fumigaciones de los cultivos ilícitos en Colombia al atacar contra la salud de las personas⁴⁸ y los sistemas ecológicos, lo que también conlleva a un aumento de la población desplazada en el país. Al respecto, es importante destacar que en mayo de 2015 el Gobierno colombiano, por medio del presidente Juan Manuel Santos, ordena la suspensión de las fumigaciones con glifosato (Centro de Estudios Legales y Sociales – CELS, 2015, p. 43)⁴⁹; sin embargo, desde abril de 2016 se dio a conocer la noticia que el Consejo Nacional de Estupefacientes aprobó la fumigación con glifosato pero únicamente de forma terrestre, debido al incremento de los cultivos ilícitos⁵⁰. Lo anterior se ratifica con la expedición de la Resolución No. 9 del 29 de junio de 2016 “Por la cual se autoriza la ejecución del Programa de Erradicación de Cultivos Ilícitos mediante Aspersión Terrestre con Glifosato (Pecat)”, emitida por dicha Entidad y respaldada por los conceptos favorables del Ministerio de Salud y Protección Social, así como del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible y de la Autoridad Nacional de Licencias Ambientales. Esta decisión ha generado polémica, aunque las autoridades aclaran que se diseñaron las medidas y/o controles necesarios para evitar daños en la salud y en el medio ambiente.

d) Igualmente, el Centro de Estudios Legales y Sociales - CELS (2015, p. 19) menciona que la criminalización de los consumidores tiene un impacto negativo en el derecho de la salud y en los derechos humanos, al limitar la disponibilidad de medicinas esenciales para tratar el

⁴⁸ Al respecto el Centro de Estudios Legales y Sociales – CELS (2015, p. 43) indica que según la Agencia Internacional para la Investigación Sobre el Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de Salud (OMS) el glifosato podría causar cáncer. Ver en International Agency for Research on Cancer (IARC). Informe preliminar. Marzo, 2015. Disponible en www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/pdf/MonographVolume112.pdf

⁴⁹ Igualmente ver: Las cuatro razones por las cuales se debe suspender el glifosato. (28 de abril de 2015). *El Tiempo*, elaborado por Daniel Mejía (como Profesor asociado y director del Centro de Estudios sobre Seguridad y Drogas de la Universidad de los Andes). Recuperado de <http://www.eltiempo.com/politica/justicia/suspension-de-uso-de-glifosato-las-razones-para-que-sea-suspendido-su-uso/15646679>; Santos ordena suspender fumigación de cultivos ilícitos con glifosato. (9 de mayo de 2015). *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elspectador.com/noticias/judicial/santos-ordena-suspender-fumigacion-de-cultivos-ilicitos-articulo-559592>; Es oficial: termina era del glifosato en fumigaciones en Colombia. (15 de mayo de 2015). *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/politica/justicia/colombia-dejara-de-fumigar-con-glifosato/15757420>; entre otros.

⁵⁰ Véase: Gobierno volverá a fumigar con glifosato, pero en tierra. (19 de abril de 2016). *El Herald*. Recuperado de <http://www.elheraldo.co/nacional/gobierno-volvera-fumigar-con-glifosato-pero-en-tierra-255512>; Vuelve el glifosato, pero no para asperjarse desde avionetas. (4 de mayo de 2016). *Semana*. Recuperado de <http://www.semana.com/nacion/articulo/glifosato-vuelve-para-erradicar-coca-pero-de-forma-terrestre/472341>; Consejo de Estupefacientes avaló fumigación con glifosato. (4 de mayo de 2016). *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elspectador.com/noticias/nacional/consejo-de-estupefacientes-avalo-fumigacion-glifosato-articulo-630608>; En seis meses comenzará fumigación terrestre con glifosato. (4 de mayo de 2016). *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/politica/justicia/en-seis-meses-comenzara-fumigacion-terrestre-con-glifosato/16582668>; entre otros.

dolor⁵¹, y aunque se autorice, la adquisición de estos tratamientos es muy restringida en razón a los altos costos y trámites judiciales que requiere (2015, p. 50).

e) Así mismo, el CELS (2015, p. 48) hace mención a la estigmatización de los consumidores, las barreras para el acceso a servicios de salud y tratos crueles, degradantes e inhumanos⁵²; al respecto, señala la ausencia de mecanismos que inspeccionen y sancionen las violaciones de derechos; en tal sentido, se cuestionan los programas basados únicamente en la abstinencia y que descartan las alternativas en reducción de daños⁵³, y por otro lado señala que el consentimiento libre e informado constituye un requisito para evitar detenciones arbitrarias; igualmente, adquiere importancia la atención especial a la población que viven en situación de pobreza, debido a su alto grado de vulnerabilidad,.

f) Además de las anteriores consecuencias de la guerra contra las drogas, Madrazo Lajous (2014, pp. 59-60) habla sobre los “costos constitucionales”, entendiéndolo como “cambios en los sistemas legales (textos, interpretaciones y/o prácticas) de los países involucrados en la guerra contra las drogas, los cuales van en contra de sustanciales compromisos normativos (es decir, compromisos constitucionales) antes mantenidos por el sistema de gobierno. El fin usualmente declarado para adoptar tales cambios es el de adaptar el marco legal e institucional para implementar mejor la fiscalización de las drogas y la lucha contra la delincuencia.” (2014, p. 59), es decir, transformaciones constitucionales donde las autoridades al obtener facultades más amplias y/o suprimir límites constitucionales al poder del Estado, adoptan políticas y ejecutan acciones con el objetivo de implementar una prohibición más efectiva para

⁵¹ En este punto señala que “La penalización de la marihuana provoca que personas con enfermedades graves no puedan acceder legalmente a un medicamento que alivia el dolor de manera eficiente y sin efectos secundarios debilitantes. El cannabis está indicado para tratar y prevenir náuseas y vómitos y para el tratamiento del glaucoma; se utiliza también como relajante muscular y como analgésico. Tiene efectos positivos comprobados en el tratamiento de enfermedades como la esclerosis múltiple, el cáncer y el Alzheimer y también está demostrado que mejora el apetito en pacientes con VIH o cáncer.” (2015, p. 19).

⁵² Al respecto, denuncia que algunos “tratamientos” no contemplan medicamentos sustitutivos para ser más llevadero los efectos de la abstinencia o por el contrario constan de una excesiva formulación de psicofármacos, así como violencia verbal, régimen tipo militar, trabajo forzado e incluso golpes (2015, p. 48).

⁵³ Citando a: Schatz, E. & Nougier, M. (2012). Drug consumption rooms evidence and practice. *International Drug Policy Consortium*. Disponible en: www.drugsandalcohol.ie/17898/1/IDPC-Briefing-Paper_Drug-consumption-rooms.pdf; Compulsory drug detention and rehabilitation centres (Joint statement). (2012). Disponible en www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement6March12FINAL_en.pdf

enfrentar las drogas, pese a que la mayoría de cambios quebrantan principios, valores y derechos constitucionales⁵⁴. Dentro de las maneras que originan los costos constitucionales, señala las enmiendas constitucionales formales, las modificaciones legales y las interpretaciones de los textos legales.

En conclusión, el Centro de Estudios Legales y Sociales – CELS (2015, pp. 54-55) considera que las políticas prohibicionistas han vulnerado numerosos derechos, como son los consagrados en la Convención Americana sobre Derechos Humanos: el derecho de igualdad ante la ley y el principio de no discriminación (artículos 1 y 24), el derecho a la vida (artículo 4), el derecho a la integridad personal (artículo 5), el derecho a la libertad personal, la prohibición de las detenciones arbitrarias, la presunción de inocencia y a llevar una vida privada libre de injerencias abusivas (artículos 7, 8, 9 y 11), los derechos de circulación, residencia y desarrollo progresivo (artículos 22 y 26), así como el derecho a la salud (artículo 10 del Protocolo de San Salvador- Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales).

2.2. ¿DESCRIMINALIZACIÓN O DESPENALIZACIÓN?

Como se mencionó al citar a Arana (2013, p. 129), se evidencian en las definiciones de algunos autores, que el término descriminalización presenta algunas confusiones con el término despenalización⁵⁵. Al respecto, Rodrigo Uprimny en los Documentos Técnicos, considera que las expresiones “despenalización” y “descriminalización” son sinónimas, asimilándolas “cuando una conducta que anteriormente era sancionada con penas privativas de la libertad deja de recibir esas sanciones, aunque pueda ser objeto eventualmente de sanciones administrativas” (2015, p. 8).

⁵⁴ En tal sentido, sostiene que los costos constitucionales de la guerra contra las drogas, son “permanentes restricciones, desamparo, transgresiones, exclusiones o cualesquiera otros impedimentos que afecten valores que durante largo tiempo han sido mantenidos – expresados como principios, derechos o instituciones– y que informan nuestros sistemas de gobierno, y los cuales no están justificados en sí y para sí mismos, sino más bien como medios para alcanzar un objetivo muy específico: aplicar mejor la prohibición de las drogas ilícitas y/o enfrentar las organizaciones criminales involucradas en el tráfico de drogas. Tales costos presentan efectos tanto políticos como legales, dado que las constituciones no son únicamente documentos legales sino también políticos que reflejan los valores sobre los cuales se basa una comunidad política.” (2014, p. 60).

⁵⁵ Como es el caso de Blickman y Jelsma (2009, p. 88), Grover,(2010, pp. 20-23), la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia (2009, pp. 31-32), México Unido Contra la Delincuencia - Transform Drug Policy Foundation (2013, pp. 95-96) y la Comisión Global de Política de Drogas (2014, p. 45)

En cambio, Vergara entiende que con la **descriminalización** se “permite el consumo o la venta de algún ilícito y omite la acción penal. Existen dos tipos de descriminalización: la que permite que la ley no se aplique y la que la hace menos rigurosa.”, diferenciándola de la **despenalización**, por cuanto “contempla modificaciones a la ley, cuando esta penaliza, y debe ser el segundo paso. En este caso existen variaciones, según se trate de la despenalización de consumo o del tráfico. Al despenalizar se terminan las penas criminales para los consumidores. Es un paso posterior a la descriminalización en términos de disminuir el peso de las leyes de drogas, y es más efectiva, al entregar mejores resultados que los de la descriminalización.” (2013, p. 249). Por ende, tanto la descriminalización como la despenalización dejan de centrar la represión en el consumidor y en consecuencia se intensifican las políticas sanitarias de educación, prevención y rehabilitación, evitando que los consumidores se dirijan a la clandestinidad. (2013, pp. 249-250).

Ahora bien, para efectos del presente trabajo de investigación, se diferenciarán estos dos términos, en los siguientes sentidos:

Descriminalización. Dentro de este término se incluyen dos posturas, “la descriminalización de jure” consistente en no aplicar las sanciones de la ley, sin que signifique un cambio en la misma, y “la descriminalización de facto”, que tampoco cambia la ley, pero se aplica con menor severidad. Su fin es descongestionar el sistema judicial y penitenciario, sin repercutir en las consecuencias de segundo nivel de la actual política antidroga (Galán y Guerrero, 2008, pp. 130-131).

En cuanto a las medidas alternativas a las penas de prisión, Jelsma - Transnational Institute (2009, pp. 7-9) destaca que varios países han creado Tribunales Especializados en delitos relacionados con drogas, otorgándoles a los procesados la opción de elegir entre la cárcel o el tratamiento, señalando que en Estados Unidos, Canadá, Australia e Irlanda, al juez lo asesora un equipo de profesionales sobre los tratamientos más adecuadas para el caso en concreto a cambio de la privación de la libertad. En tal sentido, su objetivo es disminuir la delincuencia dando la oportunidad a los delincuentes no violentos de salir del círculo de drogas-delincuencia-cárcel.

En relación a la proporcionalidad de las penas, se ha cuestionado el enfoque altamente punitivo al no tener impacto sobre la oferta de drogas; por tal razón es necesario fijar claras diferencias entre tipos de comercio y niveles de participación en el mercado de las drogas, como el narcomenudeo, el transporte, el comercio a mediana escala y el tráfico organizado, así como la responsabilidad del investigado, las ganancias y las razones que motivaron su participación (Jelsma - Transnational Institute, 2009, pp. 10-11).

Despenalización. Se define la despenalización como la eliminación de las sanciones penales. Algunos autores solo la contemplan para el consumo, posesión y suministro sin ánimo de lucro de la dosis personal entre adultos⁵⁶; otros la extienden para todas las fases del mercado de drogas (uso, producción, tráfico y venta)⁵⁷. Aunque puede acarrear sanciones administrativas o civiles (multas, servicios comunitarios), se diferencia de la legalización⁵⁸, en razón a que: 1- esta última es más compleja, ya que es la aprobación de toda la cadena de mercado por parte del Estado (Pontón, 2013, p. 46), 2- así como el hecho de que las convenciones sobre drogas de la ONU, aceptan la despenalización de la posesión de pequeñas cantidades de drogas destinadas para consumo personal (México Unido Contra la Delincuencia - Transform Drug Policy Foundation, 2013, p. 96).

2.3. LA APUESTA POR LA REDUCCIÓN DE DAÑOS⁵⁹

La reducción de daños hace referencia a las políticas, programas y estrategias que pretenden minimizar los efectos negativos (sanitarios, sociales y económicos) del uso de drogas legales e

⁵⁶ Dentro de esta postura ver Galán y Guerrero (2008, p. 131), OEA (2013b, p. 13), México Unido Contra la Delincuencia - Transform Drug Policy Foundation (2013, pp. 95-96).

⁵⁷ Dentro de esta postura ver Pontón (2013, p. 46).

⁵⁸ México Unido Contra la Delincuencia - Transform Drug Policy Foundation (2013) señalan que “no es un término legal claramente definido en el discurso sobre políticas de drogas (y a menudo se le confunde erróneamente con la legalización)” (pp. 95-96). Al respecto, el Informe de “Escenarios para el problema de drogas en las Américas 2013-2025” hace referencia al término **Despenalización de hecho o legalización de hecho** haciendo alusión “a la no aplicación en toda su extensión de las leyes que penalizan la producción, distribución o consumo de una sustancia. Ocurre cuando el sistema de justicia penal omite la aplicación de la sanción, por acción o por omisión, sin haber perdido formalmente el poder para hacerlo. Usualmente es una consecuencia de la evolución de las costumbres en una sociedad, en la que algunos hábitos comienzan a ser aceptados socialmente a pesar de que legalmente aún sigan prohibidos. También se puede deber a la sobrecarga del sistema de justicia penal” (OEA, 2013b, p. 13).

⁵⁹ De conformidad con lo expuesto por Grover (2010, pp. 18-20); Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia (2009, p. 31); Blickman y Jelsma (2009, p. 84); Vergara (2013, pp. 231-232, 252); Comisión Global de Política de Drogas (2014, p. 45); OEA (2013b, pp. 46-47).

illegales, tanto para el consumidor como para las familias y comunidades, comprendiendo el consumo de drogas como una cuestión de salud pública. El dependiente se concibe entonces como una persona que necesita ayuda y no como un criminal objeto de sanción, es decir, se enfoca en el consumidor, permite su participación y la de la comunidad, sin pretender reducir o eliminar el consumo.

Dentro de las medidas que se implementa con esta perspectiva se encuentran la distribución de jeringas y agujas, programas de tratamiento a dependientes, prescripción de medicamentos sustitutivos, salas habilitadas para el consumo de drogas, programas que buscan cambiar la vía de administración intravenosa, prácticas para prevenir la sobredosis y los programas de información.

La reducción del daño tiene su fundamento en el artículo 12 c)⁶⁰ y el párrafo 1) b) del artículo 15⁶¹ del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Grover, 2010, pp. 20-22). Surge en los años 80 como un cambio en la política de drogas, primero como una estrategia de salud pública para prevenir el VIH entre los usuarios de drogas, pero con el transcurso del tiempo se expandió para abarcar los daños sociales e individuales que ocasiona el régimen de control de drogas, como son el hacinamiento carcelario⁶² y las violaciones de derechos humanos (OEA, 2013b, p. 46).

Respecto de las medidas de reducción de daños, Jelsma – Transnational Institute (2009) la percibe como “una mayor diversidad de opciones de tratamiento, una menor estigmatización de los consumidores de drogas, una mejor prevención de enfermedades y casos de sobredosis, y una disminución de la delincuencia” (p. 20), haciendo la salvedad que para América Latina no se pueden adoptar las misma políticas que se han implementado en otros países, debido a

⁶⁰ Establece que la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas es una obligación de los Estados; en el caso concreto, la infección por el VIH es considerado una epidemia entre los consumidores de drogas.

⁶¹ Contempla que los Estados deben permitir a las personas disfrutar de los beneficios del progreso científico, indicando Grover (2010) “93 países y territorios apoyan el enfoque basado en la reducción de los daños causados por las drogas. En 2009, 82 países contaban con programas de distribución de agujas y jeringuillas, 70 países disponían de programas de terapia de sustitución de opiáceos, y en 66 existían iniciativas de ambos tipos. Sin embargo, se ha confirmado que 55 países donde se consumen drogas inyectables carecen de programas de distribución de agujas y jeringuillas, y en 66 no había terapia de sustitución de opiáceos.” (p. 20)

⁶² Se debe implementar estas medidas en las prisiones, en razón a que el tratamiento de la drogodependencia reduce la delincuencia (Grover, 2010, pp. 20-22)

que la reducción de daños se originó para enfrentar el consumo de heroína inyectada y el contagio del VIH, razón por la cual se debe enfocar en estimulantes inhalados o fumados y no tanto con opiáceos inyectados. Asimismo, considera que también se deben adoptar estrategias para la reducción de la violencia generada por las drogas (2009, pp. 20-21).

Este modelo ha sido aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas, por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y un sinnúmero de países de todo el mundo, por ser gradual, basado en la evidencia y eficiente, procurando proteger la salud, los derechos humanos, la dignidad y el bienestar, partiendo del hecho que muchos usuarios de drogas son incapaces o no desean abandonarlas (OEA, 2013b, pp. 46-47).

Para Passos y Souza (2011, pp. 157-158), con este modelo se cuestiona los estereotipos que se asignan a los consumidores de “criminales”, “enfermos” o “locos”. El derecho penal y la psiquiatría pretenden someter a los usuarios de drogas, mediante medidas como la cárcel y el manicomio, considerando que junto con la moral religiosa (la cual lo relaciona al placer del mal, diferenciándose de la psiquiatría que lo asocia más a la enfermedad mental y la justicia a la delincuencia), constituyen una red de instituciones cuyo único propósito común es la abstinencia; por tanto, se ignora que los usuarios presentan diferentes características, como son las personas que usan drogas y no requieren tratamiento, otros no desean abandonar el consumo y tampoco quieren ser tratados, así como aquellos que buscan reducir el uso sin pretender dejar el consumo, paradigma frente al cual se enfrenta la reducción de daños, quien sitúa a los usuarios como los protagonistas de sus estrategias.

Con la implementación de las medidas de reducción de daños, se evidencia que muchos usuarios de drogas abandonan o reducen su consumo al sentirse en un ambiente de aceptación; a lo anterior se suma que este modelo no impone la abstinencia, por cuanto no se considera al consumidor como un paciente que debe ser curado; no obstante lo anterior, se plantea la existencia de reglas de conducta pactadas conjuntamente, que regulen la frecuencia de consumo, la cantidad y vías de administración, siendo una meta el dejar el consumo, pero no una obligación; lo anterior, en razón a que los consumidores puede pasar de un cuidado

individual a uno colectivo, ampliando las opciones de atención en un contexto democrático y participativo (Passos y Souza, 2011, pp. 160-161).

No obstante lo anterior, Sáenz (2009) analizando a Holanda y a España, donde se despenaliza el consumo y se aborda como un asunto de salud pública que pretenden regular, indica respecto de estos países que “Su lectura del problema parte de entender el consumo de drogas como una enfermedad. Partiendo de allí, dado que no niegan que el consumo de estupefacientes traiga problemas tanto para quien consume como para la sociedad, proponen que la mejor forma de afrontar esta realidad es entendiendo el problema como un asunto de salud pública y no de justicia penal.” (p. 256). En tal sentido, destaca estrategias como la reducción de daños, motivando al adicto a abandonar el mercado ilegal y acceder al sistema de salud, así como medidas de información masiva (pp. 256-257).

Finalmente, aunque el modelo de reducción del daño está orientado a disminuir los problemas primarios (causados por el consumo de SPA) y los problemas secundarios (ocasionados por las medidas de control establecidas por el Estado)⁶³, así como busca restringir la represión y ampliar las medidas preventivas y terapéuticas, para Uprimny (2015, p. 14) no brinda a Colombia soluciones en relación al narcotráfico, por cuanto éstas políticas se enfocan en el consumo y se conserva la prohibición en la producción y distribución.

2.4. ¿AÚN ES UN DESATINO PENSAR EN LA LEGALIZACIÓN – REGULACIÓN?

Frente a estos dos conceptos Fusero (2015) aclara que “la legalización y la regulación no son términos antagónicos, sino más bien complementarios y sucesivos”, proponiendo la expresión “legalización controlada o regulada” para abarcar estos términos (p. 113).

Se entiende el término legalización, como el “proceso de eliminación de las prohibiciones legales sobre la producción, la distribución y el consumo de sustancias controladas para otros propósitos diferentes a los medicinales o los científicos, generalmente a través de la

⁶³ Se exponen los siguientes ejemplos para aclarar esta clasificación: 1- en cuanto a los problemas primarios, una enfermedad causada por el consumo excesivo de las drogas; 2- respecto de los problemas secundarios, la violencia de los grupos ilegales, la transmisión de VIH-Sida por el intercambio de jeringas, el hacinamiento en las prisiones o daños al medio ambiente (Uprimny, 2015, p. 13).

sustitución con un mercado regulado”⁶⁴(OEA, 2013b, p. 13). Ahora bien, a pesar que estas actividades se consideren legales, pueden existir limitaciones en la oferta y en la demanda, estableciéndose hasta sanciones penales en caso de quebrantarlas (OEA, 2013a, p. 91).

Por otro lado, la regulación se define como el conjunto de normas que controlan el mercado de las drogas, permitiendo la disposición legal de estas sustancias para fines distintos a los médicos y científicos, pero supeditado siempre a la intervención estatal y bajo parámetros que se determinan según los riesgos de las drogas; por tanto, este modelo abarca “la regulación de la producción (productores autorizados), de los productos (precio, potencia, embalaje), de la disponibilidad (proveedores autorizados, ubicación de puntos de venta, controles de edad) y del marketing (publicidad y marca).” (Comisión Global de Política de Drogas, 2014, p. 45).

Al respecto se aclara que “No existe un modelo único de regulación pues se dispone de un amplio rango de herramientas regulatorias que pueden ser desplegadas en una variedad de formas, dependiendo del producto, el contexto, las poblaciones clave y el entramado institucional.” (México Unido Contra la Delincuencia - Transform Drug Policy Foundation, 2013, p. 95); en tal sentido, “Las características y el grado de intensidad de cada marco regulatorio puede variar significativamente, desde una regulación leve (como, por ejemplo, la que se establece para las bebidas con cafeína) o una regulación moderada (como las leyes vigentes para el alcohol y el tabaco) hasta una regulación más estricta (como en el caso de los opiáceos por prescripción médica).” (OEA, 2013b, p. 14)

Por lo demás, se aclara que la legalización “es un proceso de reforma legal, no un modelo de política pública” (México Unido Contra la Delincuencia - Transform Drug Policy Foundation, 2013, p. 95), aunque conllevaría “al cambio de estrategia del Estado para regular el mercado de las drogas, con lo cual el carácter punitivo disminuiría y variaría en beneficio del aumento de la intervención estatal con carácter preventivo y de asistencia brindado, casi siempre, desde el campo de la educación y la salud. (...) Legalizar el mercado no quiere decir que el Estado tenga que renunciar al uso de la fuerza para hacer cumplir las reglas. La legalización conduce

⁶⁴ Definición que también comparte México Unido Contra la Delincuencia - Transform Drug Policy Foundation (2013, p. 95), Comisión Global de Política de Drogas (2014, p. 45)

a que gran parte del aparato represivo del Estado sea destinado a labores en otras áreas y, a la vez, redefine los perfiles de los sujetos considerados objeto de persecución” (Restrepo, 2013, p. 75).

Por tanto, Sánchez - Espolea A.C. (2013, pp. 9-10), diferencia estos dos términos en el sentido que legalización hace alusión al “proceso por el cual el estatus de una actividad pasa de estar prohibido a estar permitido”, aclarándose que es un proceso y no un modelo de política pública, que puede conllevar a la adopción de políticas públicas como la regulación legal⁶⁵ o el libre mercado⁶⁶, denominadas también “Legalización regulada por el Estado” y “Legalización competitiva sin intervención gubernamental” (Galán y Guerrero, 2008, pp. 128, 135-140).

Igualmente, Kleiman y Ziskind (2014, pp. 86,87,90) indican que debe decidirse entre delegar a las empresas privadas con ánimo de lucro, producir y vender cannabis, o restringir la actividad lícita a una producción solamente para consumo personal y distribución gratuita como primera medida, o que de la producción y venta se encarguen empresas no comerciales como cooperativas de consumidores, constituyendo ésta una segunda opción, o finalmente se establezca un monopolio estatal (posiblemente sólo para las ventas al por menor y permitiendo a la empresa privada la producción). Al escoger la empresa privada, debe decidirse sobre limitar la concentración de mercado, permitiendo la coexistencia de varias empresas o una competencia oligopólica. Frente a lo anterior, estos autores favorecen los regímenes sin fines de lucro y monopolio del Estado, descartando el modelo del alcohol. Por otro lado, señala como ventaja de la legalización el suministro de información al consumidor sobre el contenido y los riesgos, por parte de la industria o de una ONG, pero como desventaja el surgimiento de un fuerte mercadeo que induzca a un consumo excesivo, para lo cual se sugiere establecer restricciones en la comercialización, así como capacitación en farmacología a los vendedores con el fin de prestar asesoría a los consumidores; igualmente, fijar un marco normativo sobre

⁶⁵ Marco jurídico que ejerce control sobre productos, vendedores, puntos de ventas, acceso al público y contextos donde se pueden consumir las drogas.

⁶⁶ Ausencia de regulación estatal, en razón a que las drogas deben ser tratadas como cualquier otro producto, dominadas únicamente bajo la oferta y demanda del mercado; igualmente, se fundamenta en una derecho individual al consumo, limitando solamente cuando se afecte el bienestar general o derechos de terceros. Alternativa que es criticada por cuanto el consumo de drogas es altamente riesgoso.

la intoxicación en público, en el espacio laboral, al conducir vehículos bajo los efectos de la sustancia, distribución a menores de edad, establecer unos topes y exigir un registro.

No obstante lo anterior, Vergara (2013, p. 235) señala que la regulación de las drogas supone que el Estado o entes privados se involucren en el mercado al suministrar dichas sustancias, a la par que se regula la producción, la venta y las medidas sanitarias (educación, prevención, rehabilitación); en tal sentido, pese a que los modelos de legalización competitiva permiten que el mercado se regule solo, sin la participación el Estado, se exige su intervención en la ejecución de medidas sanitarias; por tal razón, el papel del Estado es fundamental en cualquier estrategia de regulación, advirtiendo que la regulación total de los mercados de la droga es imposible, como ocurre con el alcohol y el tabaco, donde coexiste una ambiente de ilegalidad.

En suma, con la regulación de los mercados se mejoraría la calidad de las sustancias, reduciendo los daños a los consumidores y terceros, exponiendo como ejemplo de mejora el caso del cannabis, en razón al incremento de los cultivos personales (Vergara 2013, pp. 237-238, 250-252; Mathieu y Niño, 2013, pp. 55-56, 59). En este orden de ideas, en cuanto a la regulación del cannabis para fines medicinales, Vergara (2013, p. 252) sugiere que su venta bajo fórmula médica la asuma el Estado, exigiendo el registro de los pacientes y el porte de una tarjeta de identificación.

Por su parte, Galán y Guerrero (2008, pp. 140-145) proponen que la legalización de las drogas (comprendiendo el cultivo, producción, distribución y consumo) en Colombia debe ser acordada con los países demandantes y debatida en marcos internacionales como la ONU, la OEA y la UE, así como al interior del país, donde participen desde académicos, científicos y políticos, que examinen experiencias internacionales, teniendo en cuenta que es una decisión que no depende sólo de Colombia. De no lograr un acuerdo internacional y legalizar las drogas ilícitas de forma unilateral, deducen estos autores que traería consecuencias negativas en materia económica y diplomática, tales como bloqueos comerciales, terminación unilateral de tratados, reducción de flujo de inversión extranjera, las intervenciones en escenarios internacionales no se tendrían en cuenta y cargaría con la reputación der ser una nación permisiva de las conductas de ilegalidad.

EN RESUMIDAS CUENTAS...

Se debe partir de la realidad en que vivimos, en la cual resulta imposible “un mundo libre de drogas”, teniendo en cuenta factores como la cultura, el libre desarrollo de las personas y los beneficios que pueden aportar algunas sustancias en la salud, como es el caso del cannabis.

Igualmente, tener precaución con las ambigüedades o indeterminaciones en la terminología. Por tanto, resulta necesaria la unanimidad en el significado e interpretación por los diferentes campos de estudio (derecho, medicina, sociología, psicología, etc.)

Respecto al derecho a la salud, parte de la concepción integral de persona (aspecto físico, biológico, espiritual, mental, psíquico y afectivo), garantizando el acceso a los servicios de forma oportuna, eficaz y con calidad desde una óptica de dignidad humana (conforme a lo enunciado en las sentencias de la Corte Constitucional T-760 de 2008, T-814 de 2008, T-566 de 2010, entre otras); ahora bien, se concibe a la drogadicción como una enfermedad y problema de salud pública (sentencia de la Corte Constitucional C-882 de 2011).

En cuanto a la prevención, se evidencia cada día que es más rentable que el tratamiento, por tanto deben implementarse más campañas de tipo preventivo desde la infancia, orientación a padres de familia y colegios (indispensable la capacitación a profesores, para que puedan afrontar de la mejor manera los casos de estudiantes que evidencien consumo de drogas). En este punto, también resulta de gran importancia la estabilidad de las familias y la presencia del Estado, por cuanto el abandono y desprotección a ciertos sectores de la población repercuten en las condiciones que afectan a la sociedad. En tal sentido, cobra importancia la moral y sus componentes de justicia y bien común.

Ahora bien, de implementarse la regulación o la legalización de marihuana, es perceptible un aumento de su consumo, generado por el deseo de probar, la expectativa y mayor/fácil acceso; aunque también uno de los motivos para promoverlo es la reducción en el tráfico ilegal, lo que

repercutiría en la disminución de la violencia y los riesgos que presenta la “clandestinidad y estigmatización”.

Por tanto, en caso de aprobarse su regulación (permitiendo la producción y venta) se enfatiza que: 1- debe fortalecerse la educación para toda la sociedad, otorgando calidad y cobertura hasta en las TIC (tecnologías de la información y la comunicación); 2- medios de prevención efectivos (fortalecimiento de programas culturales y recreacionales en toda Colombia); 3- control absoluto por parte de las autoridades, especialmente orientada a la protección de los menores de edad; 4- así mismo, excelentes servicios de salud que cubran a toda la población.

CAPITULO II

POR UN MUNDO QUE LUCHA O CONVIVE CON LAS DROGAS

Como consecuencia de la integración económica, política, social y cultural a nivel mundial conocida como Globalización⁶⁷, se hace cada vez más evidente la existencia de una sociedad internacional, considerada como el “conjunto de interacciones sociales, continuas en el tiempo, que traspasan las fronteras de los Estados uniendo a una pluralidad de actores, siendo los Estados su figura principal” (Sánchez, 2010, p. 8). En este orden de ideas, el propósito de este segundo capítulo del trabajo de investigación es exponer la influencia que tiene la comunidad internacional (tanto el marco jurídico, como el dominio que ejercen algunas naciones) en las decisiones que se adoptan en Colombia o las ideologías que promueven algunas personalidades destacadas en el país, en relación con la prevención y tratamiento del consumo de drogas.

Para tal fin, primero se revisará la normatividad internacional relacionada con el consumo de drogas, para continuar con las principales posiciones que tienen diversos organismos internacionales, así como su implementación y adaptación en el país. Finalmente, se analizarán otras experiencias novedosas adoptadas en algunos países del mundo.

1. INFLUENCIA DEL MARCO INTERNACIONAL EN LA PREVENCIÓN Y CONSUMO DE ESTUPEFACIENTES

Frente a la política de drogas en Colombia, Uprimny en los Documentos Técnicos presentado por la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia (2015, pp. 24-25), recurre a los términos de Boaventura de Sousa Santos “globalismo localizado” y “localismo globalizado”; el primero se define como el impacto de las prácticas transnacionales en las condiciones locales, y el segundo concepto se refiere a los fenómenos locales que se

⁶⁷ Para Vergara (2013, p. 179) el más beneficiado por la globalización y los avances tecnológicos, militares y científicos es el crimen organizado, que ha presentado un éxito financiero y expansivo, por cuanto su estructura administrativa es dinámica, facilitando movilidad y celeridad, alcanzando niveles internacionales y de diversas maneras.

globalizan exitosamente⁶⁸. En tal sentido, al igual que Arana (2013, p. 130), asume que el derecho internacional de las drogas es un localismo globalizado, representado en la expansión de las políticas antidrogas estadounidenses por todo el mundo y materializado en tratados vinculantes que condicionan las políticas nacionales.

Por su parte, Pontón (2013, pp. 51-53), considera que los principios puritanos⁶⁹ y la estrategia bélica, son motivos que tiene Estados Unidos para persistir en el régimen prohibicionista. Esto representa la conservación de la hegemonía mundial de este país, que se evidencia en los beneficios de su industria de seguridad mediante acuerdos y negociaciones que realiza con otros países, donde se les condiciona a comprometerse con la lucha contra las drogas, así como en las intervenciones en conflictos internacionales, con la excusa de exigir el cumplimiento de los tratados antidrogas.

En tal sentido, Galán y Guerrero (2008, pp. 60, 64-65) resaltan la importancia de comprender el sistema y el marco jurídico internacional sobre las drogas psicoactivas; desde una perspectiva histórica la posición prohibicionista se remonta al origen de la hegemonía de Estados Unidos y sus relaciones con China, política que adquiere carácter mundial con la Convención Internacional del Opio firmada en La Haya en 1912, donde se condiciona la legislación interna de los países firmantes a la prohibición de producción, comercialización y consumo de drogas. En tal sentido, este país quería demostrar su compromiso en contra de las drogas, asociándolas con el delito.

En el contexto colombiano, desde los años 60 la política exterior ha estado asociada con la violencia, motivo por el cual se buscaba el apoyo de la comunidad internacional para salvaguardar la institucionalidad nacional frente a los retos que presentaba el crimen organizado (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia en su Informe Final de 2015, p. 68). Así mismo, al considerarse que Colombia es un país en desarrollo que depende de naciones como Estados Unidos, esta situación ha dificultado el diseño de sus propias

⁶⁸ Ver a Santos Boaventura de Sousa (1998). *La Globalización del Derecho, Los nuevos caminos de la Regulación y la Emancipación*. Bogotá, ILSA, Universidad Nacional de Colombia.

⁶⁹ También lo contempla Arana (2013, p. 130)

políticas. En tal sentido, se insiste en un cambio de modelo más efectivo y beneficiosos para la sociedad (Sáenz, 2009, pp. 257-258, 278).

Por lo tanto, frente a la tendencia de los centros de poder mundial, consistente en estandarizar, propagar y adaptar en el mundo su realidad local, sin tener en cuenta las características de cada Estado, ocasionando daños a las democracias y gobernanzas de los países, se propone que los cambios en la política internacional de drogas debe contemplar todos los contextos y contar con la voluntad y compromiso de toda la comunidad internacional⁷⁰, debatiéndolo como un “tema de geopolítica mundial antes que un asunto de política pública local” (Pontón, 2013, p. 53)⁷¹. En este punto, Hart (1998) indica: “Es verdad, por supuesto, que en las relaciones entre los estados no podrían existir ni funcionar reglas si una mayoría preponderante no las aceptara y no cooperara en forma voluntaria con el mantenimiento de ellas.” (p. 285).

Ahora bien, Thoumi y Jelsma (2008, p. 167) resaltan la fuerza vinculante para los Estados que tienen las Convenciones de acuerdo al derecho internacional, haciendo alusión a la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados de 1969⁷², donde se consagra el principio “Pacta sunt servanda” consistente en que “Todo tratado en vigor obliga a las partes y debe ser cumplido por ellas de buena fe” (artículo 26). Por tanto y conforme al artículo 27, los países no pueden incumplirlos invocando su derecho interno, en razón a la responsabilidad que tienen los Estados hacia las demás naciones, lo cual se traducen en la dificultad para realizar cambios en la convenciones, ya sea con modificaciones (cambios en las listas de drogas) o enmiendas (cambios en los artículos de las convenciones), teniendo en cuenta los obstáculos, el procedimiento y requisitos exigidos⁷³.

⁷⁰ Posición que comparte, entre otros autores, Pontón (2013, pp. 47-48); Soberón (2013, pp. 29-30, 38); Arana (2013, p. 131); Vergara (2013, p. 241).

⁷¹ En la medida en que, mientras haya prohibición sobre drogas en cualquier parte del mundo, tener espacios libres de regulación sería una real ventaja comparativa para la operación de cualquier mercado criminal en el mundo entero. Por lo tanto, sería iluso pensar actualmente que la despenalización y legalización de drogas ilegales en un país no termine afectando la seguridad de otro que no optó por una media como esta.” (Pontón, 2013, p. 47)

⁷² Ver la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados de 1969 en <http://www.derechos.org/nizkor/ley/viena.html>

⁷³ “La modificación incluye la reprogramación de sustancias y podría hacerse por parte de la Comisión sobre Drogas Narcóticas (CND) en consulta con la Organización Mundial de la Salud, y para los precursores se haría en consulta con la JIFE. La enmienda implica una alteración formal de las cláusulas de los tratados. Cualquiera de las partes puede proponer una enmienda a cualquiera de los tratados. Si ninguna de las otras partes presenta su objeción a dicha

No obstante lo anterior, Blickman y Jelsma (2009) manifiestan que “a 50 años de su puesta en vigencia, es hora de modernizar el sistema y establecer una Convención Única coherente, que reemplace los actuales tratados. Las convenciones no son sagradas; por el contrario, hoy constituyen instrumentos anacrónicos repletos de contradicciones” (p. 103). Al respecto, se relacionan los cuestionamientos al prohibicionismo, así como las transformaciones políticas y jurídicas que se están generando en varias partes del mundo, incluyendo los cambios presentados en Estados Unidos (Uprimny, 2015, pp. 25-26). Por tanto, se evidencian las “perforaciones” al régimen jurídico internacional de fiscalización que parecía ser inamovible a pesar de presentar contradicciones u omisiones (Soberón, 2013, pp. 29-30).

En suma, Tickner y Cepeda (2011, p. 227) recomiendan que Colombia, debido a su actual posición en el marco de las drogas, promueva un diálogo con Estados Unidos y otras naciones afectadas por el narcotráfico, teniendo en cuenta las diferencias existentes entre el tratamiento que se debe aplicar a este y a las drogas ilícitas, a pesar de la relación que tienen estos dos factores, advirtiendo sobre el riesgo de afectar los derechos humanos con la militarización de las políticas antidrogas. Adicionalmente, proponen que se conozca la experiencia de los Estados que han optado por políticas diferentes a la prohibición y penalización, además de contar con la participación de las principales regiones que han sido más afectadas por el narcotráfico, así como conocer las posiciones de las ONG e instituciones dedicadas a la investigación científica, para contar con mayor información que pueda servir como fundamento al diseñar políticas alternativas.

Conforme a lo anterior, en la primera parte del capítulo II, se presentarán los principales instrumentos internacionales que repercuten en las políticas de demanda de drogas y su adopción en Colombia; luego se revisarán algunas posturas de organismos internacionales sobre el tema.

enmienda dentro de los siguientes 18 o 24 meses posteriores a su circulación, dependiendo del tratado afectado por la enmienda propuesta, entonces la enmienda se acepta y entra en vigencia. Los países también pueden modificar sus obligaciones en los tratados de forma individual o en grupo mediante la denuncia y la re-adhesión a una reserva,” (OEA, 2013b, pp. 38-39)

1.1. PRINCIPALES INSTRUMENTOS INTERNACIONALES Y SU RECEPCIÓN EN COLOMBIA

Los principales acuerdos multilaterales sobre estupefacientes y sustancias psicotrópicas se pueden clasificar entre aquellos que se promulgaron durante la primera mitad del siglo XX y aquellos otros que establecieron en definitiva la política prohibicionista⁷⁴, empezando por la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961. A continuación se hace una breve presentación de estos instrumentos⁷⁵.

1.1.1. INSTRUMENTOS INICIALES

-Resolución final de la Comisión Internacional del Opio de 1909, firmada en Shanghái – China. Esta comisión fue convocada por Estados Unidos, reuniéndose trece países (siendo en su mayoría las naciones más poderosas de ese tiempo), solo tenía competencia para hacer recomendaciones sin fuerza vinculante y propició la Conferencia Internacional en La Haya (Thoumi y Jelsma, 2008, p. 159). Según Uprimny (2015, p. 16) desde este momento se instaura a nivel internacional el control y la regulación sobre las drogas, constituyéndose el origen del régimen prohibicionista.

-Convención Internacional del Opio de 1912, en La Haya – Países Bajos. Para Thoumi y Jelsma (2008, p. 159) éste tratado fue el origen del ordenamiento normativo internacional para controlar los estupefacientes, restringiendo su uso y comercio exclusivamente para fines médicos, previendo la posibilidad de la partes de incluir penas por la posesión ilegal de estas sustancias⁷⁶.

⁷⁴ Al respecto, el artículo titulado “Un siglo de fiscalización de drogas” elaborado por la UNODC (s.f.), concluye que “el uso indebido de drogas podría haber sido mucho mayor si no hubieran existido disposiciones relativas a la fiscalización internacional de drogas. Y el consumo de drogas ilícitas a nivel mundial aún afecta a un número mucho menor de personas que los muchos millones que consumen sustancias psicoactivas legales como el tabaco y el alcohol.”

⁷⁵ De acuerdo a lo expuesto por Galán y Guerrero (2008, pp. 68-82); igualmente profundizar con: UNODC. (s.f.). *Cronología: 100 años de fiscalización de drogas*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/26june/26june08/timeline_S.pdf.

⁷⁶ Comparar con el artículo 19 de la Convención Internacional del Opio de 1912 en <http://enlacecongreso.mirex.gov.do/ecc/Lists/Instrumentos%20Internacionales/Attachments/2478/CONVENCION%20INTERNACIONAL%20DEL%20OPIO,1912.pdf>

-Acuerdo relativo a la fabricación, el comercio interno y el uso de opio preparado, del 11 de febrero de 1925, en Ginebra – Suiza.

-Convenio Internacional sobre el Opio del 19 de febrero de 1925⁷⁷, en Ginebra – Suiza. Regula la inspección al interior de cada uno de los países partes y del comercio internacional, creando un Comité Central Permanente encargado del sistema de control estadístico. Conviene indicar aquí que, como lo explican Thoumi y Jelsma (2008, p. 160), Estados Unidos nunca se incorporó a la Sociedad de Naciones, ni firmó éste Convenio en razón a la posición de la India de no limitar el opio a los usos médicos y científicos; sin embargo, participó constantemente en su formulación.

-Convenio para limitar la manufactura y regular la distribución de estupefacientes de 1931, en Ginebra – Suiza.

-Acuerdo relativo a la supresión del hábito de fumar opio de 1931, en Bangkok – Tailandia.

-Convenio para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas de 1936, en Ginebra – Suiza. Thoumi y Jelsma (2008, pp. 160-161) lo consideran como el primero en consagrar la obligación de los países partes en incorporar en sus legislaciones penas más drásticas para los traficantes de drogas ilegales⁷⁸, catalogando algunos delitos de drogas como delitos internacionales (Sáenz, 2009, p. 258).

-Protocolo que enmienda los acuerdos, convenios y protocolos sobre estupefacientes concertados en La Haya el 23 de enero de 1912, en Ginebra el 11 de febrero de 1925, el 19 de febrero de 1925 y el 13 de julio de 1931, en Bangkok el 27 de noviembre de 1931 y en Ginebra el 26 de junio de 1936, firmado en 1946 en Lake Success - Estados Unidos.

⁷⁷ Comparar con el Convenio Internacional sobre el Opio de 1925 en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/legisla/pdf/i2.pdf> y <http://www.dipublico.org/10005/convenio-internacional-sobre-el-opio-ginebra-19-de-febrero-de-1925/>

⁷⁸ Comparar con el artículo 2 del Convenio para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas de 1936 en http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/sp_conve_supre_trafi_ilici_drog_noci_gine.pdf

-Protocolo para limitar y reglamentar el cultivo de la adormidera y la producción, el comercio internacional, el comercio al por mayor y el uso del opio de 1953, en New York - Estados Unidos. En éste documento se autorizó únicamente a siete países para producir opio con fines de exportación, a saber: Bulgaria, Grecia, India, Irán, Turquía, las antiguas Yugoslavia y Unión Soviética⁷⁹.

1.1.2. INSTRUMENTOS PARA LA CONSOLIDACIÓN DE LA POLÍTICA PROHIBICIONISTA

Convención Única sobre Estupefacientes de 1961

Esta convención, suscrita en New York, fue enmendada por el Protocolo de 1972 suscrito en Ginebra – Suiza⁸⁰. En Colombia fue aprobada por la Ley 13 de 1974. Considerada por Thoumi y Jelsma (2008, pp. 161,164,165), así como por Grover (2010, p. 5), como un instrumento que consolida y deroga la normatividad internacional antes existente, expedido en un contexto donde el consumo recreativo de drogas ilícitas no se consideraba un tema de gran importancia en la políticas nacionales e internacionales (haciendo referencia a la década de los cincuenta), sin penalizar esta conducta a nivel mundial, teniendo en cuenta las opiniones divididas entre quienes consideraban a los consumidores y adictos como enfermos, por un lado, y los que creían debían ser objeto de medidas de corrección o sanción, por el otro. No obstante, las partes se obligan a considerar como delitos las conductas como el cultivo, la producción y la comercialización de estupefacientes, castigando los delitos graves con penas de prisión u otras penas privativas de la libertad, aclarando en el literal b numeral 1 del artículo 36 que “cuando las personas que hagan uso indebido de estupefacientes hayan cometido esos delitos, las Partes podrán en vez de declararlas culpables o de sancionarlas penalmente, o además de declararlas culpables o de sancionarlas, someterlas a medidas de tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social”.

⁷⁹ Comparar con el literal a) numeral 2 del artículo 6 del Protocolo sobre adormidera y opio de 1953 en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/legisla/pdf/i10.pdf> y <http://www.dipublico.org/10023/protocolo-para-limitar-y-reglamentar-el-cultivo-de-la-adormidera-y-la-produccion-el-comercio-internacional-el-comercio-al-por-mayor-y-el-uso-del-opio-nueva-york-23-de-junio-de-1953/>

⁸⁰ Ver la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972 en https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_es.pdf y/o https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf

Dentro de las obligaciones asumidas por los Estados parte se destaca el literal C) del artículo 4 donde se comprometen a adoptar medidas legislativas y administrativas que limiten la producción, fabricación, distribución, uso y posesión de estupefacientes exclusivamente con fines médicos (para mitigar el dolor) y científicos, al considerar en su preámbulo “la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad”, concertando una cooperación y una fiscalización internacional para prevenirlo y combatirlo. En tal sentido, el artículo 38 establece medidas contra el uso indebido de estupefacientes, resaltando la prevención, tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social⁸¹. Según Uprimny (2015, p. 20) la modificación realizada por el Protocolo de 1972 en este artículo, consiste en añadir el deber de las partes de implementar medidas de prevención.

Esta convención presenta además una serie de definiciones, así como la clasificación de las sustancias en cuatro listas⁸², haciendo énfasis en el opio, la coca y el cannabis (estableciendo en su artículo 49 un plazo de 15 años para abolir el uso del opio con fines casi médicos y de 25 años para prohibir la masticación de hoja de coca⁸³ y limitar el uso médico y científico de la marihuana), sin distinguir entre drogas duras y blandas, excluyéndose el alcohol y el tabaco.

⁸¹ En los comentarios a la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 preparados por el Secretario General de la ONU (1989, p. 487), se indica que los tratados que lo precedían no presentaban disposición similar a la de este artículo denominado “TRATAMIENTO DE LOS TOXICÓMANOS”; al respecto, valga aclarar que en estos comentarios no se tiene en cuenta la modificación realizada por el Protocolo de 1972. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Comentarios_a_la_convencion_unica_de_1961.pdf

⁸² Conforme a lo expuesto por Thoumi y Jelsma (2008, pp.162, 164), la clasificación no se basó en estudios científicos (citando a Jelsma, 2003, p. 182), ver en <http://www.undrugcontrol.info/es/control-de-drogas-de-la-onu/ungass/item/2255-ungass-la-historia-no-escrita> y <http://www.undrugcontrol.info/images/stories/documents/unwritten.pdf>- versión en inglés), diferenciándose las listas por el grado de control, así: las sustancias contempladas en la Lista I están sometidas a estrictos controles, como licencias para producir y comercializar, así como la información que se debe suministrar; en la Lista II se exceptúan de algunos requisitos y controles, pero en la Lista IV se adicionan; en la Lista III comprende productos utilizados como insumos para las drogas, consagrando los requisitos de producción y comercialización. Ver las listas en <http://www.parlamento.gub.uy/htmlstat/pl/convenciones/conv14222-1.htm>

⁸³ Uprimny en los Documentos Técnicos de los “Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia” (2015) cuestiona esta medida, al considerar que el análisis de la Comisión de Estudios de Hoja de Coca de la ONU en 1950, no cuenta con suficiente evidencia científica que demuestre los efectos dañinos de la masticación de coca, lo cual vulnera la diversidad cultural y la autonomía de los pueblos andinos; así mismo indica que estudios posteriores han refutado éste supuesto, al concluir que “el mameo y otros usos suaves de la hoja de coca, como el mate, no son una adicción ni provocan problemas sanitarios, y por el contrario tienen efectos nutricionales y sociales positivos” (p. 19).

Señala como órganos internacionales de fiscalización a la Comisión de Estupefacientes y a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, así mismo determina su composición y funciones; en tal sentido, creó la estructura del Régimen Internacional de Control de Drogas (Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, 2009, p. 17), porque “generó la base legal y creó una burocracia encargada de la fiscalización y el control de una lista de sustancias prohibidas” (Centro de Estudios Legales y Sociales – CELS, 2015, p. 18).

Frente a los contenidos de la convención se ha planteado la incoherencia existente en el régimen internacional de control de drogas, ya que mientras uno de sus objetivos es garantizar la salud pública, se han implementado restricciones para acceder a la misma. Lo anterior debido a que los Estados reconocen en el Preámbulo: 1- La importancia del uso médico de los estupefacientes para atenuar el dolor y la necesidad de implementar medidas para garantizar su disponibilidad, 2- El daño que ocasiona la toxicomanía para la humanidad, y 3- Mediante una cooperación y fiscalización internacional, limitar el uso de estupefacientes a fines médicos y científicos. Sin embargo, existen controles y restricciones, que han sido considerados excesivos, para el acceso y/o cantidad permitida de medicinas esenciales⁸⁴ como la morfina (para enfermos terminales de cáncer y VIH/SIDA⁸⁵) y el cannabis (para la espasticidad, dolores crónicos, neuropáticos e inflamatorios⁸⁶), situación que ha llevado a los pacientes a ingresar en los mercados ilegales, pero también de no tener disponibilidad de un tratamiento supervisado por especialistas, resaltando el Centro de Estudios Legales y Sociales – CELS (2015, p. 51) que en Estados Unidos veintitrés estados legalizaron la marihuana para usos médicos así como Uruguay y Jamaica, al igual que en Colombia recientemente se promulgó la Ley 1787 del 6 de julio de 2016 mediante la cual se crea un marco regulatorio del uso médico y científico del cannabis y sus derivados.

⁸⁴ Citando a Husain, S. Asra, Skemp Brown, Marty y Maurer, Martha A. (febrero de 2014). “Do national drug control laws ensure the availability of opioids for medical and scientific purposes?” *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 92(2). Disponible en www.who.int/bulletin/volumes/92/2/13-121558/en/

⁸⁵ Citando a Organización Mundial de la Salud, Programa de Acceso a Medicinas Controladas. (2012). “Improving access to medications controlled under international drug conventions”. Ginebra. Disponible en: www.who.int/medicines/areas/quality_safety/ACMP_BrNote_Genl_EN_Apr2012.pdf

⁸⁶ Citando a Comité de Expertos en Drogodependencia de la OMS. (2014). “Cannabis and cannabis resin, Information Document” Ginebra. Disponible en www.who.int/medicines/areas/quality_safety/8_2_Cannabis.pdf

En el Informe Final del año 2015 de la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia⁸⁷ (pp. 14-15), se aprecia esta Convención como la más importante en el derecho internacional de drogas, ya que compiló todos los tratados que le precedían y fue ratificada por más de 115 naciones; se le considera como una victoria del prohibicionismo a nivel internacional, estableciendo los controles más estrictos en los derivados de la amapola (opio, morfina y heroína), del cannabis (marihuana y hachís) y de la coca (principalmente la cocaína), aunque en la misma no se contempla la obligación de penalizar el consumo de SPA. Al respecto, se percibe un criterio discriminatorio, por cuanto éstos productos calificados de ilícitos son de origen natural y de países tercermundistas (sur y oriente); por el contrario, los lícitos como el tabaco, el alcohol y farmacéuticos, provenientes de Estados Unidos y Europa (industria occidental)⁸⁸, se descartan del régimen prohibicionista sin ningún argumento médico o científico (Uprimny, 2015, pp. 19-20). En tal sentido, representa las diferencias entre Estados Unidos y los países andinos, en la concepción de las drogas y sus derivados, al prohibir⁸⁹ el uso religioso, recreativo y social, de las sustancias contempladas en la Convención (Galán y Guerrero, 2008, pp. 73-75).

Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 en Viena – Austria⁹⁰

En Colombia se aprobó mediante Ley 43 de 1980; en su preámbulo pretende prevenir y combatir el uso indebido de ciertas sustancias psicotrópicas por los problemas sanitarios y sociales que ocasiona, limitando su uso a fines médicos y científicos. Igualmente, en su artículo 20 se establecen las mismas medidas contra el uso indebido tal como lo consagra el artículo 38 de la Convención de 1961, pero en esta ocasión haciendo referencia al término de sustancias psicotrópicas. Galán y Guerrero (2008, p. 76), Thoumi y Jelsma (2008, p. 165) y la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia (2009, p. 18) señalan que este

⁸⁷ Ver también a Uprimny, R. en los Documentos Técnicos de los “Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia” (2015, pp. 18 y ss) en <http://www.ideaspaz.org/img/website/documents/informe-c-comision-asesora.pdf>

⁸⁸ Citando como ejemplo a Francis Caballero (1989). *Le droit de la drogue*. Paris: Dalloz, (pp. 35 y ss); Louk Hulsman. Op-cit.

⁸⁹ La Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972, en el numeral 2 del artículo 26 establece como obligación de las partes arrancar los arbustos de coca en estado silvestre y destruir los que se cultiven ilícitamente. Igualmente, en el literal e), numeral 2 del artículo 49, se limita la prohibición de masticar hoja de coca dentro de los 25 años siguientes a la entrada en vigor de la Convención.

⁹⁰ Ver el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 en https://www.incb.org/documents/Psychotropics/conventions/convention_1971_es.pdf y/o https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_es.pdf

convenio se creó para incluir medidas de control sobre drogas sintéticas en atención a la diversidad y proliferación de drogas como los estimulantes, las anfetaminas y el LSD, cuyo uso aumentó en los años sesenta y setenta en Europa Occidental y Estados Unidos, aunque Jelsma – TNI (2008, p. 15) considera que se estableció un control menos estricto en razón a las influencias de las industrias farmacéuticas de Europa y Norteamérica.

En cuanto a las disposiciones penales, en el literal b del numeral 1 del artículo 22 se permite a los Estados el cambio de las sanciones punitivas o adicional a éstas penas, “someter” a medidas de educación, tratamiento, rehabilitación y readaptación social a las personas que han incurrido en la transgresión de cualquier norma que se expida de conformidad con las obligaciones impuestas por este Convenio y hagan uso indebido de sustancias psicotrópicas, conforme lo establece el artículo 20.

Por otro lado, hay que resaltar que en el numeral 4 del artículo 32, relacionado con las reservas, se establece que “todo Estado en cuyo territorio crezcan en forma silvestre plantas que contengan sustancias sicotrópicas de la Lista I y que se hayan venido usando tradicionalmente por ciertos grupos reducidos, claramente determinados, en ceremonias mágico-religiosas, podrá, en el momento de la firma, de la ratificación o de la adhesión, formular la reserva correspondiente, en relación a lo dispuesto por el artículo 7 del presente Convenio, salvo en lo que respecta a las disposiciones relativas al comercio internacional.”

Para Uprimny (2015, p. 20) la Convención Única de 1961 es más estricta que la Convención de Viena de 1971, concluyendo que “el triple régimen jurídico previsto por los tratados internacionales (prohibición de estupefacientes; control médico de sicotrópicos; y libre comercio de alcohol y tabaco) no responde a claras consideraciones farmacológicas sino que es efecto de condicionamientos sociales específicos.”

Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 en Viena – Austria⁹¹

Aprobada en Colombia mediante Ley 67 de 1993, con cuatro reservas (la número 2⁹² declarada inexecutable) y nueve declaraciones (las número 2⁹³ y 9⁹⁴ condicionalmente exequibles), de conformidad con la sentencia de la Corte Constitucional C-176 de 1994 que la declara executable.

Busca fortalecer y complementar las medidas previstas en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972 y en el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, debido a “la magnitud y la tendencia creciente de la producción, la demanda y el tráfico ilícitos de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, que representan una grave amenaza para la salud y el bienestar de los seres humanos y menoscaban las bases económicas, culturales y políticas de la sociedad”. Sobre esta base se promueve la cooperación entre las partes para enfrentar con más eficacia las consecuencias del tráfico ilegal de estas sustancias.

Grover (2010, p. 6) la caracteriza por establecer una régimen policial internacional más fuerte contra el mercado de drogas, y resalta la relación entre este y la delincuencia organizada. En tal sentido, Galán y Guerrero (2008, p. 77) perciben esta convención más drástica con los consumidores, al considerar que ésta los trata como objeto de sanción y no como a un enfermo

⁹¹ Ver la Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 1988 en https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf

⁹² La reserva número 2 declarada inexecutable, señalaba: “Colombia considera que los párrafos 1 y 2 del artículo 5o. de la Convención no facultan a sus autoridades para imponer penas de confiscación de bienes en virtud de lo dispuesto en el artículo 34 de su Constitución Política.”

⁹³ La declaración número 2, establece: “Colombia entiende que el tratamiento que la Convención da al cultivo de la hoja de coca como infracción penal debe armonizarse con una política de desarrollo alternativo, tomando en cuenta los derechos de las comunidades indígenas involucradas y la protección del medio ambiente. En el mismo sentido, Colombia entiende que el trato discriminatorio, inequitativo y restrictivo que se le da en los mercados internacionales a sus productos agrícolas de exportación, en nada contribuye al control de los cultivos ilícitos pues, por el contrario, es causa del deterioro social y ecológico en las zonas afectadas.” Al respecto, la Sentencia C-176 de 1994 la condiciona “siempre y cuando se incluya en ella que el Estado colombiano se reserva el derecho de evaluar de manera autónoma el impacto ecológico de las políticas contra el narcotráfico, puesto que aquellas que tengan efectos negativos sobre los ecosistemas son contrarias a la Constitución.”

⁹⁴ La declaración número 9, determina: “Colombia entiende que la remisión de actuaciones penales a que alude el artículo 8o. de la Convención, se hará de tal forma que no se vulneren las garantías constitucionales del derecho de defensa. Así mismo, Colombia declara, en cuanto al párrafo 10 del artículo 6o. de la Convención, que en la ejecución de sentencias extranjeras, debe procederse conforme al inciso 2o. del artículo 35 de su Constitución Política y demás normas constitucionales y legales”. En este punto, la Sentencia C-176 de 1994 la condiciona “siempre y cuando se precise que la remisión debe hacerse al inciso 2º y no al 3º del artículo 35 de la Constitución.”

que necesita atención psicológica y social, consolidándose la postura prohibicionista, pero dejando en libertad a los Estados partes para penalizar o no su consumo, de conformidad con lo establecido en el numeral 2 del artículo 3 de la misma⁹⁵, y resaltan estos autores que esta normatividad permitió en Colombia la despenalización del consumo de la dosis personal mediante la sentencia C-221 de 1994 proferida por la Corte Constitucional⁹⁶. En este orden de ideas, la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia en su Informe Final de 2015 (p. 18), conforme a lo descrito por Uprimny (2015, pp. 23-24), señala que de haberse exigido la penalización del consumo mediante esta Convención, la Corte habría tenido que declararla inexecutable por atentar contra la autonomía personal y el libre desarrollo de la personalidad. Igualmente, para Galán y Guerrero (2008, p. 78) el numeral 2 del artículo 14⁹⁷ es una excepción al prohibicionismo, por cuanto se reconoce los usos tradicionales lícitos con evidencia histórica, al relacionarlos con el derecho de los pueblos indígenas, aunque consideran que la citada norma no se aplica en la realidad⁹⁸.

La Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia (2009, p. 18) percibe esta convención como “el ápice de la expectativa de que la represión puede llevar a un “mundo libre de drogas”, o por lo menos reducir significativamente la producción y consumo de

⁹⁵ El numeral 2 del artículo 3 de la Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 1988, establece: “A reserva de sus principios constitucionales y de los conceptos fundamentales de su ordenamiento jurídico, cada una de las Partes adoptará las medidas que sean necesarias para tipificar como delitos penales conforme a su derecho interno, cuando se cometan intencionalmente, la posesión, la adquisición o el cultivo de estupefacientes o sustancias sicotrópicas para el consumo personal en contra de lo dispuesto en la Convención de 1961, en la Convención de 1961 en su forma enmendada o en el Convenio de 1971.”

⁹⁶ En la sentencia C-221 de 1994 de la Corte Constitucional, se indicó: “conforme a la Convención de Viena de 1988, suscrita por Colombia y que, conjuntamente con la ley 67 del 93, fue revisada por esta Corporación, (sent. C-176/94), dicho Instrumento Internacional establece la misma distinción mantenida en el presente fallo, entre consumo y narcotráfico, y que, con respecto al primero, deja en libertad de penalizarlo o no, a los Estados signatarios.”; por otro lado, en el Salvamento de voto a la sentencia, se explicó: “Dice el literal 2) de dicho artículo que, a reserva de sus principios constitucionales y a los conceptos fundamentales de su ordenamiento jurídico, cada una de las partes adoptará las medidas que sean necesarias para tipificar como delitos penales la posesión, la adquisición o el cultivo de estupefacientes o sustancias sicotrópicas para el consumo personal. Es decir, que a la luz de la Convención de Viena, cada Estado podrá, a su juicio, establecer en su legislación si penaliza o no la llamada dosis personal. No otra cosa fue lo que hizo el legislador colombiano mediante la Ley 30 de 1986 en los artículos declarados inexecutable.”

⁹⁷ Thoumi y Jelsma (2008, p.167), indican que lo establecido en el numeral 2 del artículo 14 de la Convención de Viena de 1988 se debe a las presiones por parte de Bolivia en contra de la inclusión de la coca en la Lista I y el compromiso de acabar con sus usos tradicionales; igualmente, Bolivia firmó la Convención aunque con reservas, diferenciando entre coca y cocaína, en el sentido de aclarar que la hoja de coca no es una droga. Para profundizar ver: Transnational Institute (TNI). (mayo de 2006). ¿Coca sí, cocaína no? opciones legales para la hoja de coca. *Drogas y Conflicto*, (13). Recuperado de https://www.tni.org/files/download/debate13s_0.pdf

⁹⁸ Al respecto citan un informe del año de 1995 de la JIFE, donde este organismo considera el mate de coca como una actividad ilegal, conforme lo cita de Transnational Institute, op.cit., p.7

drogas ilícitas.”, teniendo en cuenta que se enfocó en aspectos puntuales del tráfico de drogas, dentro de los cuales se encuentra el control de precursores y la lucha contra el lavado de dinero, así como el decomiso, la extradición y la asistencia judicial mutua (Jelsma – TNI, 2008, p. 15). Por su parte, la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia en el Informe Final de 2015 la califica como un tratado de derecho penal contra el crimen organizado y la diferencia de los anteriores instrumentos internacionales por contemplar la obligación de las partes, aunque no de forma absoluta e incondicionada, de penalizar el consumo (p. 15).

Para Uprimny (2015, pp. 21-23) no es una simple reproducción de tratados anteriores, por cuanto no sólo castiga el tráfico de drogas, sino que también despoja a los traficantes de estas sustancias, suprime su incentivo en este mercado, criminaliza el desvío de los precursores para la producción de SPA, tipifica como delito el lavado de dinero, decomisa recursos procedentes del narcotráfico, contempla la extradición y cooperación judicial internacional. En este orden de ideas, también la considera como un tratado de derecho penal, al señalar varias conductas que los Estados deberían tipificar como delitos, así como un tratado de procedimiento penal, en relación a la incautación del producto y los bienes provenientes del narcotráfico. En consecuencia, resalta el cambio de bienes jurídicos protegidos, ya que se ha desdibujado el principal objetivo que se pretendía con la Convención Única de 1961, incluso con la Convención de Sustancias Psicotrópicas de 1971, que es garantizar la salud, es decir, pretender solucionar los problemas primarios relacionados con el abuso de drogas, al darle mayor importancia la Convención de Viena de 1988 a la batalla contra el crimen organizado, enfocándose en los problemas secundarios causados por el prohibicionismo. Ahora bien, al señalar éstas convenciones como prohibicionistas, indica que las mismas sólo permiten a los Estados optar por dos modelos, la guerra a las drogas o la reducción del daño.

En el mismo sentido, el Centro de Estudios Legales y Sociales – CELS (2015, p. 18) señala que en esta Convención se admitió el fracaso de impedir el aumento de la producción, el comercio y uso de drogas; por tanto, se convocó a los países a un nuevo impulso en la batalla contra las organizaciones criminales, que incluía los niveles más bajos, como son los consumidores, al promover la tipificación del cultivo, la adquisición y el porte de la dosis

personal como delitos. Esto influyó para que algunos Estados expidieran leyes que penalizaran la posesión de drogas en pequeñas cantidades, algunas años más tarde declaradas inconstitucionales; sin embargo, pese a la despenalización del porte de la dosis personal en varios países, acompañada de algunos parámetros en las cantidades, se considera que éstos límites dejan a la discrecionalidad de las autoridades la captura de consumidores, quienes en ocasiones son acusados de tráfico para justificar su detención (en este punto, resultan relevantes las decisiones de la Corte Suprema de Justicia sobre la dosis de aprovisionamiento). Por tanto, el régimen internacional de prohibición total y la lucha moral contra el consumo, promovieron en las décadas de los noventa y los dos mil la persecución punitiva de los consumidores.

En tal sentido, Grover (2010, pp. 5-6) considera que debido a los tres tratados que fundamentan el marco jurídico esencial del régimen internacional de fiscalización de drogas de las Naciones Unidas, es decir, 1) la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972, 2) el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas 1971 y 3) la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, ratificados por más de 181 Estados, se orienta el diseño de políticas de drogas bajo la fiscalización internacional de las sustancias ilícitas y penaliza actividades relacionadas con la producción y distribución no autorizadas, aunque se permite cuando tenga fines médicos o científicos.

Al respecto, se considera indiscutible que los derechos humanos prevalecen cuando existe conflicto con el régimen internacional de fiscalización de drogas, sin embargo, está ausente el reconocimiento explícito de los derechos humanos en los tratados y tampoco los órganos encargados de su aplicación han dado la importancia que merecen estos derechos (Grover, 2010, p. 6).

Declaración Política de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1998⁹⁹

Esta declaración contiene los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas y las medidas de fomento de la cooperación internacional en la lucha contra el problema mundial de las drogas. Después de 10 años se reunieron los Estados miembros para revisar los progresos realizados, aprobándose en el año 2009 la *Declaración Política y Plan de Acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas*¹⁰⁰, el cual coincide con el centenario de la Comisión Internacional del Opio de Shanghái en 1909.

De la Declaración política de 1998 es importante destacar el numeral 12 de la parte introductoria (p. 5), donde se hace un llamado a toda la comunidad para promover una sociedad sin consumo indebido de drogas, la cual nunca debe considerarse como una forma de vida, fomentando espacios saludables y productivos; igualmente, se contempla que los programas y políticas se orienten para disminuir la demanda de todas las sustancias que se presten para un uso indebido, y para que todos los sectores de la sociedad a nivel mundial, promuevan la salud y bienestar personal, familiar y social, al tiempo que reduzcan las consecuencias que perjudican a los individuos y a la comunidad (numerales 2 y 5, pp. 9 y 10). En tal sentido, los Estados miembros asumen un compromiso político, social, sanitario y educativo, enmarcan sus estrategias bajo los principios de equilibrio entre la reducción de la oferta y la demanda, esta última orientada a la prevención del uso y disminución de efectos negativos, participación activa y coordinada de los miembros de la sociedad, fomentando un óptimo ambiente, de acuerdo a los aspectos culturales y de género. Por otro lado, profundiza en las medidas de estimulantes de tipo anfetamínico y sus precursores¹⁰¹

⁹⁹ Ver la Declaración política de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1998 en http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/soc_incivil/ungass.pdf y <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N98/775/12/PDF/N9877512.pdf?OpenElement>

¹⁰⁰ Ver la Declaración Política y Plan de Acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas del año 2009 en https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Political_Declaration/Political_Declaration_2009/Political_Declaration2009_V0984966_S.pdf

¹⁰¹ La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la Organización de los Estados Americanos, en el Informe del Programa Global SMART “Estimulantes de tipo anfetamínico en América Latina – 2014”, definen a los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) como “un grupo de sustancias compuestas de estimulantes sintéticos, incluyendo la anfetamina, la metanfetamina, la metcatinona y sustancias del grupo del éxtasis (por ejemplo, MDMA y sus análogos).” (p. iv); igualmente, se indica la posibilidad de producir ETA con base en precursores químicos de fácil acceso y aplicando diversos métodos; así mismo, se señalan como los principales precursores de sustancias del grupo

El llamamiento a la acción (uno de los puntos de la “Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas”) hace referencia a: 1- Una evaluación continua, exhaustiva y sistemática de los problemas del uso indebido de drogas, así como valorar la magnitud de los mismos, con lo cual se pueden determinar tendencias que puedan originarse. 2- El tratamiento del problema debe abarcar programas de prevención, información, educación, sensibilización para desalentar el consumo inicial, intervención oportuna, asesoramiento, tratamiento, rehabilitación y reinserción social. 3. Asociación, participación y colaboración entre los gobiernos, las ONG y todos los miembros de la comunidad. 4- Los programas de reducción de la demanda deben estar orientados a la población en general, pero concentrándose en determinados grupos como los jóvenes, así como propender por la readaptación social de los toxicómanos que han cometido delitos. 5- La información que se suministre debe ser clara, exacta, veraz y oportuna. 6- Capacitación de los responsables de planear, ejecutar y evaluar los programas; las estrategias deben ser constantes y se deben mostrar los resultados a los interesados.

Galán y Guerrero (2008, p. 79) consideran que con la Declaración política de 1998, se cambia el panorama de endilgar siempre la responsabilidad a los países productores de prevenir y controlar la producción, tráfico y consumo de drogas ilícitas, basándose en principios de corresponsabilidad, integralidad, equilibrio, sujeción al ordenamiento jurídico internacional, respeto al derecho interno de cada uno de los Estados y protección de los derechos humanos; por consiguiente, se percibe como un verdadero plan global de fiscalización, al asumirse el deber de crear estrategias que restrinjan la producción y el consumo de drogas ilegales¹⁰².

de las anfetaminas la efedrina, norfedrina, pseudoefedrina, 1-fenil-2-propanona (P-2-P) y ácido fenilacético (un precursor del P-2-P). Ver en https://www.unodc.org/documents/scientific/LAC_Report_SPANISH_2014.pdf

¹⁰² Al respecto Thoumi y Jelsma (2008, p. 199-200), indican que México y Colombia acogieron el principio de la responsabilidad compartida como base fundamental del control internacional de drogas, y así terminar con la división entre países productores y consumidores, por cuanto esto presentaba un desequilibrio, teniendo en cuenta que las barreras tradicionales ya no existían. No obstante lo anterior, hacen mención al Plan SCOPE presentado por Pino Arlacchi, como director ejecutivo del PNUFID, durante la preparación de la UNGASS de 1988, donde se reitera la idea de un mundo libre de drogas, proponiendo la eliminación total de los cultivos de coca y opio en un plazo de diez años, endilgando nuevamente la responsabilidad a los países productores; a pesar que este plan no se aprobó, si repercutió para establecer en el artículo 19 de la Declaración política de 1998 que: “nos comprometemos a colaborar estrechamente con el Programa en la formulación de estrategias con miras a eliminar o reducir considerablemente el cultivo ilícito del arbusto de coca, la planta de cannabis y la adormidera para el año 2008”; también se estableció el año 2008 como plazo para “eliminar o reducir considerablemente la fabricación, la comercialización y el tráfico

Igualmente, Borda (2011, pp. 154-155) considera que el principio de responsabilidad común y compartida fue introducido en el régimen internacional mediante la Asamblea General de la Naciones Unidas de 1998, gracias al trabajo de Colombia, complementado con los planteamiento de los Gobiernos británico y mexicano, diferenciando este principio de la solidaridad internacional, debido a que los compromisos de los países no se toman como una ayuda altruista hacia Colombia, sino como la responsabilidad que le compete a cada país para remediar un problemas que necesita de toda la comunidad internacional.

Así, Galán y Guerrero (2008, p. 79) se plantean la pregunta de “¿qué hacer con un problema como el de las drogas psicoactivas cuando este está atado a la visión del mundo, a la cultura y a los valores propios de diferentes sociedades?”, indicando al respecto que la perspectiva que tienen las culturas del mundo y sus valores, constituyen un elemento clave para la formulación de políticas, ordenamientos jurídicos y modelos económicos.

En tal sentido, Jelsma – TNI (2008, pp. 15-16) clasifica en tres grupos las diferentes posiciones: 1- Los que reafirmaban y reforzaban el control mundial de drogas, 2- Países Latinoamericanos que reprochaban la desproporción del marco internacional existente en cuanto se hacía hincapié en los países productores, propugnando la responsabilidad compartida con los países desarrollados en aspectos como el consumo, fondos para el desarrollo alternativo, estrategias más fuertes contra el lavado de dinero y para prevenir el desvío de precursores, y 3- Los que cuestionando las políticas vigentes, adoptan medidas enfocadas en la reducción del daño y se distancian de la ideología estadounidense de tolerancia cero, como es el caso europeo.

ilícitos de sustancias sicotrópicas, comprendidas las drogas sintéticas y la desviación de precursores” (ver artículo 14) y “lograr resultados importantes y mensurables en cuanto a la reducción de la demanda” (ver artículo 17); ahora bien, con el fin de realizar un seguimiento de los objetivos propuestos, la UNDCP (United Nations International Drug Control Programme) de forma bianual enviaba cuestionarios a los países miembros para obtener datos y desarrollar los informes, como los presentados por la ONUDD en las reuniones de la CE en 2003 y 2008. Citando algunos apartes de Jelsma (2003), ver <http://www.undrugcontrol.info/es/control-de-drogas-de-la-onu/ungass/item/2255-ungass-la-historia-no-escrita> y <http://www.undrugcontrol.info/images/stories/documents/unwritten.pdf> (p.192, versión en inglés).

En el año 2003 se realizó el primer seguimiento de la Declaración política de 1998. Conforme a Thoumi y Jelsma (2008), en esta reunión se ratificó la posición prohibicionista represiva y se evita cuestionar las estrategias de la lucha contra las drogas, resaltando que en la “Declaración Ministerial Conjunta”¹⁰³ se evidencia que “En cada caso empieza expresando satisfacción por los avances logrados y luego afirma que “no obstante” los niveles de consumo, producción, tráfico, lavado, etcétera no son aceptables. A continuación expresa la preocupación que se tiene al respecto y la necesidad de hacer mayores esfuerzos para fortalecer los logros (...) Implícitamente la declaración reconoce que será muy difícil cumplir las metas fijadas para 2008” (pp. 204-205).¹⁰⁴

Posteriormente, en la reunión de la CE de 2008, Thoumi y Jelsma (2008), destacan que a pesar que el Sr. Antonio María Costa como director ejecutivo de la UNODC, ratificara las políticas represivas contra las drogas (aunque advierte sobre la mala imagen que tienen¹⁰⁵), sugirió algunos cambios, confirmando que está controlado el problema de drogas, pero no resuelto. En su quinto informe bianual también se realizaron comparaciones del consumo de drogas ilegales, con el alcohol y el tabaco¹⁰⁶; así mismo, se estableció que el control de cultivos ilícitos disminuyó, salvo Afganistán, y el buen funcionamiento del sistema de control de producción, comercio y uso de drogas con fines médicos; también considera como un logro la aceptación unánime del principio de responsabilidad compartida entre las partes. Concluye sobre la necesidad de retomar principios como la multilateralidad (cooperación internacional) y protección de la salud (programas de prevención, tratamiento y rehabilitación), así como realizar un debate dentro del marco de las convenciones, aclarando la inviabilidad “de tener

¹⁰³ La cual hace parte del informe de la cesión de la CE

¹⁰⁴ Citando a E/2003/28/Rev.1; E/CN.7/2003/19/Rev.1, (p. 43-47, 466-467). Ver también <http://www.razonpublica.com/index.php/conflicto-drogas-y-paz-temas-30/395-la-normatividad-internacional-sobre-drogas-y-la-evaluacion-los-resultados-de-la-sesispecial-d.html>

¹⁰⁵ Al respecto Thoumi y Jelsma (2008, p. 206) apunta la mala imagen a las consecuencias que conllevan las políticas de represión, tales como: 1- Comercio clandestino controlado por organizaciones criminales 2-Desplazamiento de políticas, disminuyendo inversión en salud pública y aumentando gastos en policía 3-Desplazamiento geográfico de los cultivos y organizaciones 4-Desplazamiento de mercados

¹⁰⁶ Al respecto Thoumi y Jelsma (2008, p. 206) indican que: “Comparando los números de adictos y usuarios de las drogas legales, el alcohol y el tabaco y las muertes asociadas al consumo de esas drogas con las asociadas con las drogas ilegales, Costa concluye que el consumo de drogas ilícitas durante el año anterior se redujo a cinco por ciento de la población adulta mientras que el uso del alcohol y el tabaco era unas cinco o seis veces mayor. De igual manera, los usuarios problemas de drogas ilegales son unos veinticinco millones, menos de 0,5 por ciento. Las muertes asociadas a las drogas ilegales “se limitan tal vez a doscientos mil por año, la décima parte de aquellos muertos por alcohol y un veinteavo de los muertos por tabaco”.”

sistemas de producción, tráfico y consumo legales controlados de drogas como la cocaína y la heroína: “Las drogas no son peligrosas porque son ilegales, son ilegales porque son peligrosas” (pp. 206-208).

Declaración Política y Plan de Acción del año 2009

Esta Declaración se divide en tres partes, la primera desarrolla la reducción de la demanda, la segunda la reducción de la oferta y la tercera el lavado de activos y la cooperación judicial a nivel mundial. Al respecto, el Sr. Antonio María Costa, Secretario General Adjunto de las Naciones Unidas y Director Ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, en su discurso, desarrolla la reducción de la demanda desde una perspectiva de la salud, indicando que la adicción a las drogas ilícitas se ha estabilizado en todo el mundo.

Sesión Especial sobre Drogas de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS 2016)¹⁰⁷

Del 19 al 21 de abril de 2016 se realizó en Nueva York una Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas para abordar la política mundial de drogas, debido a que en el año 2012, los presidentes de Colombia, Guatemala y México, solicitaron de forma urgente adelantar el encuentro programado hasta el 2019¹⁰⁸.

Se puede extraer de los Anexos, la ratificación de promover “una sociedad libre del uso indebido de drogas”(p. 2), y dentro de sus recomendaciones: 1- la reducción de la demanda (prevención, tratamiento y otras cuestiones relacionadas con la salud); 2- el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas, rehabilitación, recuperación y reinserción social; 3- disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización y su acceso con fines exclusivamente médicos y científicos; 4- la relación de las drogas con los derechos humanos, los jóvenes, los niños, las mujeres y las comunidades (pp. 5-10, 15-18).

¹⁰⁷ Ver documento final de la UNGASS 2016 en <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/V16/017/80/PDF/V1601780.pdf?OpenElement>; encontrado en <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=E/CN.7/2016/L.12/Rev.1>

¹⁰⁸ Para profundizar sobre la UNGASS 2016, ver “Lo que usted debe saber sobre la Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU sobre Drogas de 2016” del El Espectador y la Fundación Ideas Para La Paz, en http://www.elspectador.com/files/especiales/1604_unglass/index.html

No obstante lo anterior, algunos¹⁰⁹ consideran que este encuentro fue “decepcionante” y/o “frustrante” por cuanto se ratificó el cumplimiento y vigencia del marco internacional de control de drogas, no obstante las evidentes divergencias entre los países; por otro lado, se apreció como un paso de esperanza para la adopción de políticas diferentes al régimen actual y la promoción de espacios internacionales para el debate mundial de drogas.

De la anterior presentación de los instrumentos internacionales y conforme a lo expuesto por el Centro de Estudios Legales y Sociales – CELS (2015, p. 56), así como Uprimny (2015, pp. 26-27), se destaca los argumentos que consideran el marco normativo internacional prohibicionista basado en las Convenciones de 1961, 1971 y 1988 contradictorio con los derechos humanos, los cuales tienen primacía jurídica en el régimen internacional de acuerdo con el *ius cogens* y el artículo 103 de la Carta de las Naciones Unidas¹¹⁰; sin embargo, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), como entidad que revisa el cumplimiento de los convenios, presenta una interpretación literal y restrictiva, critica fuertemente políticas alternativas como la legalización del cannabis en los estados de Colorado y Washington, así como la regulación de su producción y distribución en Uruguay, reformas introducidas para reducir los efectos negativos del prohibicionismo en los derechos humanos.

1.2. PRONUNCIAMIENTOS DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES

Los pronunciamientos de los organismos internacionales cuyas funciones están relacionadas con las políticas de drogas, son numerosos y diversos. Entre ellos se destacan algunos cuyo contenido se presenta a continuación¹¹¹.

¹⁰⁹ Ver a Jelsma, M. (12 de abril de 2016). UNGASS 2016: ¿hito histórico u oportunidad perdida? Cambios en la política de drogas chocan con la burocracia de la ONU. *TNI*. Recuperado de <http://www.undrugcontrol.info/es/weblog/item/6850-ungass-2016-ihito-historico-u-oportunidad-perdida>; así como: Salgar, D. (18 de abril de 2016). Logros y fracasos de Colombia en el debate global sobre drogas. *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/elmundo/logros-y-fracasos-de-colombia-el-debate-global-sobre-dr-articulo-627782>; Ruiz, C. (20 de abril de 2016). Mujeres, drogas y daños colaterales. *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/opinion/mujeres-drogas-y-danos-colaterales>; Uribe, N. (22 de abril de 2016). UNGASS 2016. *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/opinion/ungass-2016>; Uprimny, R. (23 de abril de 2016). Post-UNGASS. *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/opinion/post-ungass>; Pereira, I., y Cruz, L. (24 de abril de 2016). Post-UNGASS: del por qué al cómo cambiar la política de drogas. *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/judicial/post-ungass-del-al-cambiar-politica-de-drogas-articulo-628835>

¹¹⁰ Ver Carta de las Naciones Unidas en <http://www.un.org/es/documents/charter/chapter16.shtml>

¹¹¹ Ver el informe del Relator Especial Anand Grover, presentado a la Asamblea General de las Naciones Unidas (2010, p. 6); OEA (2013b, p. 15) y (2013a, pp. 92-93); Informe Europeo sobre Drogas del año 2014 del Observatorio

1.2.1. ORGANISMOS INTERNACIONALES

Comisión de Estupefacientes (CE / CND). Órgano conformado por 53 miembros de la ONU que se reúne cada año y estudia los progresos y desafíos del control de las drogas y las obligaciones establecidas en los tratados, otorgando oportunidad de proponer medidas orientadas a la salud y la reducción de la oferta. Esta entidad diseña además las políticas sobre drogas, clasifica los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas de acuerdo a los rangos de restricción y es el órgano rector del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas dentro de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). Órgano cuasi-judicial conformado por 13 representantes que fijan los niveles de producción de analgésicos contemplados en las listas de las convenciones. Inspecciona el cumplimiento de estos instrumentos internacionales, la producción y el comercio de drogas ilícitas, así como el acceso con fines científicos y medicinales a las sustancias objeto de fiscalización. También investiga a los gobiernos que quebrantan los tratados.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Facultado para realizar recomendaciones sobre la clasificación de las sustancias; igualmente, tiene como prioridad la cobertura sanitaria universal, ejerciendo funciones de prevención, vigilancia y respuesta. También se resalta en el ámbito de sus competencias, la promoción de la salud en todas las etapas de la vida¹¹².

Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD / UNODC). Encargada de implementar, coordinar y dirigir los programas de la ONU relacionados con las drogas. Antes era conocido como el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID).

Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA); así como la página web del Centro de Información de las Naciones Unidas en <http://www.cinu.org.mx/onu/estructura/programas/pnufid.htm>; Ver en página oficial de la OEA http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/Main/AboutCICAD/about_SPA.asp; Ver página oficial de RIOD en <http://www.riod.org/presentacion.php>

¹¹² Ver en <http://www.who.int/about/what-we-do/es/>

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD-OEA). Esta comisión dirige los programas de acción para suscitar la cooperación y coordinación entre los países miembros de la OEA.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA). Fuente principal de estudios e investigaciones en materia de drogas en Europa.

En términos generales es posible destacar que la Organización de las Naciones Unidas asumió el control de las drogas ilícitas finalizada la Segunda Guerra Mundial (Thoumi y Jelsma, 2008, p.161). Desde entonces, es notorio el liderazgo de la ONU en contra de estas sustancias, en la aprobación de tratados y en la creación de instituciones especializadas en el tema (Galán y Guerrero, 2008, p. 70). Por otro lado, es importante señalar que en 1987 la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció el 26 de junio de cada año como el Día Internacional de la lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas, de acuerdo con la recomendación de la Conferencia Internacional sobre el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas del 26 de junio de 1987¹¹³.

Igualmente, Mathieu y Niño (2013, pp. 21 y 22) hacen alusión a los informes publicados en el 2009 por la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, con el liderazgo de los expresidentes Fernando Henrique Cardoso de Brasil, Ernesto Zedillo de México y César Gaviria de Colombia, titulado “Drogas y democracia: Hacia un cambio de paradigma”. Asimismo resaltan el informe presentado en 2011 por la Comisión Global de Políticas de Droga¹¹⁴, donde también participó, entre otros, Kofi Annan, ex secretario General de la ONU,

¹¹³ Ver <http://www.un.org/es/events/drugabuseday/background.shtml> y <http://www.cinu.mx/eventos/observancia/dia-internacional-de-la-lucha-2/>

¹¹⁴ Al respecto se aclara que la Comisión Global de Política de Drogas (2011, pp. 4-5, 9) se crea con el fin de revisar las estrategias implementadas para resolver los problemas de las drogas a nivel internacional y darle solución de la forma más humana y efectiva, con fundamentos científicos, partiendo de reconocer que está conformado por retos sanitarios y sociales, antes que por una guerra que se pueda vencer, máxime si se tiene en cuenta que desde la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes el principal objetivo era mejorar la salud y bienestar de la humanidad, pero con el tiempo se han medido los éxitos de las políticas implementadas según el número de capturas, decomisos o endurecimiento de las sanciones, lo cual se acentúa con la creación de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) y la Comisión de Estupefacientes (CND), cuya función se enfoca en la lucha contra el crimen organizado; razón por la cual, se invoca una amplia intervención a otras organizaciones como ONUSIDA, OMS, PNUD, UNICEF, ONU Mujeres, el Banco Mundial y la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, así como respaldo y orientación de la ONU para una estrategia mundial de drogas coordinada, coherente y equilibrada entre la oferta de

para resaltar los cuestionamientos sobre la política antidrogas basada en la guerra contra las drogas, debido a las nefastas consecuencias que ha traído (especialmente en Latinoamérica), como es el aumento del crimen organizado, el incremento de niveles de violencia, la “criminalización de la política y la politización del crimen”, en la medida en que América Latina viene liderando la exportación mundial de cocaína y marihuana, así como la expansión del consumo de drogas. Concluyen los mencionados autores que el ideal de un mundo libre de drogas no es un fundamento realista de las políticas públicas, por el contrario, éstas deben enfocarse en la prevención, tratamiento y reducción del daño (Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, 2009, pp. 7, 39-40).

Se destaca también a Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogodependencias (RIOD), como una agrupación de las principales ONG de Iberoamérica que se enfocan dentro del campo de las drogas en la prevención, tratamiento, reinserción socio-laboral, investigación y formación.

1.2.2. PROPUESTAS Y PROYECTOS

Ahora bien, dentro de las posturas de los principales organismos, instituciones u organizaciones antes referidas, es posible destacar las siguientes propuestas y proyectos.

Naciones Unidas. El 6 de agosto de 2010, el Secretario General presentó a los miembros de la Asamblea General de las Naciones Unidas el informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, (pp. 2, 5, 7-10). En este documento se reconoce el fracaso del sistema de fiscalización basado en un mundo libre de drogas y en un régimen excesivamente punitivo, debido al continuo consumo pese al marco penal establecido, el cual pretendía disuadir esta conducta y la comercialización de estas sustancias. Igualmente, se concibe que la guerra contra las drogas respalda políticas y prácticas extremas, ignorando las realidades del consumo de drogas. Esto genera vulneración a los derechos humanos, debido a: 1-tratamientos inadecuados, los cuales deben fundamentarse en evidencia científica y no en sanciones penales, 2- limitar el acceso

drogas, la lucha contra el crimen organizado, la prestación de servicios de salud y el progreso económico de las personas y la población afectada (2011, p. 17).

a medicamentos esenciales, 3- desestimular a los consumidores a acudir a los servicios de salud por temor de ser sancionados, lo cual aumenta los riesgos y 4- la discriminación. Estos argumentos generan la preocupación que el régimen actual ocasione más daños que los que pretende prevenir. En tal sentido, se indica que “El objetivo primordial del actual régimen internacional de fiscalización de drogas, enunciado en el preámbulo de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, es la “salud física y moral de la humanidad”, pero el enfoque aplicado actualmente para luchar contra el consumo y la tenencia de drogas conspira contra ese objetivo”. Por tal razón, se propone diseñar un nuevo marco jurídico basado en el derecho a la salud de calidad sin discriminación.

En cuanto a la posición de la Organización de las Naciones Unidas, Jelsma – TNI (2008) indica que: “La introducción de la filosofía de reducción del daño en el sistema de la ONU ha sido muy difícil y fuertemente atacada. El trío central de la maquinaria de control de drogas de la ONU (la Comisión, la ONUDD y la JIFE) ha rechazado hasta ahora de manera sistemática el uso de estos términos en el debate de las políticas, debido a la fuerte presión de EEUU que ha amenazado con recortar los fondos que destina a la ONUDD. Esta actitud contrasta con la asumida por agencias como la OMS, ONUSIDA y el PNUD, que ya están usando el concepto de reducción del daño. Así pues, está en juego la aceptación de este concepto en todo el sistema de la ONU.”¹¹⁵ (pp. 18-19). Como fundamento de esta afirmación los autores citan el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, para señalar que desde 1948 la asistencia médica es un derecho humano de todas las personas, comprendido como beneficiarios también a los toxicómanos, así como advirtiendo que éstos derechos constituyen el núcleo esencial de la ONU y por ende las políticas que se adopten para el control de drogas no pueden quebrantar la Declaración Universal, ni tratados internacionales sobre derechos humanos, de la salud, socioeconómicos o de los indígenas (2008, pp. 19-20).

UNODC. La UNODC en el prefacio del Informe Mundial sobre las Drogas del año 2012, recalca que su enfoque está orientado por las convenciones internacionales en materia de

¹¹⁵ Citando para más detalles a: Las Naciones Unidas y la Reducción del Daño, TNI 2005, <http://www.tni.org/policybriefings/brief12s.pdf>. Igualmente, cuestiona la dependencia de la ONUDD de donaciones voluntarias y la interpretación estricta que realiza la JIFE a la Convenciones, condenando las políticas alternativas adoptadas por los países (Jelsma – TNI, 2008, p. 20)

fiscalización de drogas y prevención del delito, instando la cooperación y unanimidad internacional, para avanzar y no retroceder. Considera como eficaces las medidas implementadas con el sistema de fiscalización de drogas, al indicar que “la puesta en marcha de un sistema de fiscalización de drogas parece haber surtido el efecto deseado a largo plazo de contener la expansión del problema de la droga y limitar la propagación del consumo y la dependencia de drogas ilícitas.” (p. 138). No obstante, reconoce los efectos secundarios no intencionales que han ocasionado estas políticas, dentro de los cuales destaca el surgimiento de los mercados negros, la delincuencia organizada y el “efecto de hongo” consistente en el fenómeno de desplazamiento de la producción de drogas (haciendo alusión al aumento de la producción de hoja de coca en Colombia en la década de los noventa, debido a la reducción en Bolivia y en Perú, y como en el decenio de 2000 se incrementó en estos dos países, debido al descenso en Colombia) y la aparición de nuevas sustancias. Posteriormente, concluye que “las drogas se han consumido a lo largo de la historia, pero el problema contemporáneo de la droga, cuya evolución comenzó en el decenio de 1960, se caracteriza a la vez por una expansión y una concentración relativa del consumo de drogas ilícitas entre los hombres jóvenes de entornos urbanos. El sistema de fiscalización de drogas, si bien no ha eliminado el problema, parece haber logrado contenerlo en niveles de consumo mucho más bajos que los que la sociedad ha presenciado en el caso de las sustancias psicoactivas lícitas más generalmente disponibles” (p. 144). Después, en la conclusiones señala que “las pautas del tráfico y el consumo ilícitos de drogas se han modificado considerablemente en el curso de las últimas décadas” (p. 145).

Al respecto, pese a percibir un grado de satisfacción por parte de este organismo, con estas afirmaciones se podrían fundamentar aquellos argumentos de posiciones que se contraponen, relacionando el aumento de los problemas que conlleva las drogas con el sistema de fiscalización a partir de la aprobación de la Convención de la ONU en 1961, promoviendo cambios en el enfoque del actual marco internacional, debido a las transformaciones de la sociedad (globalización, nuevas sustancias) y consecuencias nefastas que ha presentado la implementación de políticas.

Para el año 2015, este Organismo advierte que “no hay un remedio rápido y sencillo para atajar la drogodependencia. Se trata de un problema de salud crónico y, al igual que con otras enfermedades crónicas, las personas afectadas son vulnerables durante toda la vida y necesitan tratamiento de forma prolongada y continua. Cada vez son más los estudios que ponen de manifiesto que muchas de las intervenciones encaminadas a prevenir la iniciación en el consumo de drogas (o una posible deriva hacia trastornos relacionados con dicho consumo) pueden ser eficaces si se tienen en cuenta los distintos aspectos relacionados con la vulnerabilidad personal y ambiental de los niños y los jóvenes, factores que en gran medida no dependen de la voluntad del individuo” (UNODC, 2015, p. iv). En tal sentido, esta entidad admite que los programas de desarrollo alternativo, prevención, tratamiento y rehabilitación son más eficaces que los castigos y por ende son elementos fundamentales en la estrategia mundial para reducir la demanda de drogas, abogando por un enfoque equilibrado entre las convenciones sobre fiscalización de drogas, los derechos humanos y los principios y normas internacionales (UNODC, 2012, pp. iii- iv-Prefacio).

Sobre una posible evolución futura del problema de la droga, se prevé un aumento del consumo en los países en desarrollo, debido al crecimiento demográfico, población más joven y rápida urbanización, advirtiéndose que estos países están menos preparados para afrontarlo (UNODC, 2012, p. 7). En cuanto a los factores que determinan la evolución del fenómeno de las drogas, destaca las fuerzas motrices sociodemográfica¹¹⁶, socioculturales¹¹⁷ y socioeconómicas¹¹⁸. Se plantean entonces teorías como la “Disponibilidad de drogas y percepciones del riesgo de consumo”¹¹⁹, así como la denominada “Capital social”¹²⁰

¹¹⁶ Se evidencia mayor consumo en determinados grupos y entornos (jóvenes y alto nivel de urbanización o aglomeración)

¹¹⁷ Cambios en los sistemas de valores de la sociedad (al reducirse los controles sociales que pueden ser ocasionados por el incremento de la urbanización y la migración, ocasionando transformaciones culturales y debilidad en los vínculos familiares), la popularización de una cultura juvenil, así como las malas condiciones en que se encuentran grupos vulnerables como son los niños y adolescentes

¹¹⁸ Desigualdad social y el desempleo

¹¹⁹ “La tendencia observada es que cuando hay mayor disponibilidad de las drogas también aumenta su consumo. Paralelamente, cuando aumenta el riesgo asociado al consumo de drogas, el consumo disminuye.” (p. 132)

¹²⁰ Haciendo alusión “al valor de la cohesión social, las relaciones sociales y el papel que cabe a la cooperación para lograr resultados colectivos o económicos (...) la participación cívica, la confianza en el gobierno y la aceptación del estado de derecho” deduciendo que “Una vez que se establecen o restauran la confianza en el gobierno y una sociedad civil fuerte y se logra la aceptación general del estado de derecho, es probable que el sector de las drogas ilícitas pase a ser menos prominente.” (p. 136).

(UNODC, 2012, pp. 127-136). Finalmente, UNODC destaca el hecho “de conectar “lo local con lo mundial”, que se está llevando a cabo actualmente, se están intercambiando las mejores prácticas y enseñanzas extraídas de las experiencias locales integradas en las estrategias nacionales” (UNODC, 2015, p. xiii)

JIFE. Otro pronunciamiento que se destacan es el Informe de la JIFE de 1992, donde se resalta la intención de la mayoría de los gobiernos en doblar esfuerzos en prevención, tratamiento y rehabilitación, relacionando el uso indebido de drogas con los problemas psicosociales. Aunque en la década de los noventa, este organismo, junto con la Comisión de Estupefacientes (CE) evadían estudiar otras alternativas como la legalización y la reducción del daño, sosteniendo una posición de fiscalización de drogas ilícitas (Thoumi y Jelsma, 2008, pp. 174-183)¹²¹

Arana (2013, p. 137) realiza una fuerte crítica a la JIFE, por cuanto sus informes son de obligatorio cumplimiento sin oportunidad de debatirlos, intentando mantener el modelo prohibicionista y oponiéndose a ciertas características de las políticas de reducción del daño. Considera así que es necesaria una reforma de este organismo que tenga como pilares el respeto a los Derechos Humanos, la objetividad científica y la integración de la sociedad civil (incluyendo la participación de los consumidores).

OMS. Thoumi y Jelsma (2008, p. 185-187¹²²) resaltan la posición independiente que tiene la OMS¹²³, al considerar que se encuentra en discrepancia con el sistema de fiscalización de drogas, por cuanto éste régimen realiza clasificaciones de sustancias lícitas e ilícitas, siendo

¹²¹ Citado de Jelsma (2003), ver <http://www.undrugcontrol.info/es/control-de-drogas-de-la-onu/ungass/item/2255-ungass-la-historia-no-escrita> y <http://www.undrugcontrol.info/images/stories/documents/unwritten.pdf> (pp.184-186, versión en inglés)

¹²² Citado de Jelsma (2003), ver <http://www.undrugcontrol.info/es/control-de-drogas-de-la-onu/ungass/item/2255-ungass-la-historia-no-escrita> y <http://www.undrugcontrol.info/images/stories/documents/unwritten.pdf> (p.188, versión en inglés), Citando a su vez a Who (1993, pp.20, 35, 36)

¹²³ Al respecto ver “El proyecto sobre cocaína de la OMS” y “El proyecto sobre cannabis de la OMS” Thoumi y Jelsma (2008, p. 187-193), donde se indica que nunca fue publicado un informe científico que estudiaba y concluía la viabilidad de un uso recreativo de la cocaína, así como el hecho de aclarar que el estudio comparativo del cannabis con otras drogas lícitas e ilícitas carecen de rigor científico, ya que en el mismo, se establecía que su uso representaba un problema menor en la salud pública que el alcohol y el tabaco. Citado de Jelsma (2003), ver <http://www.undrugcontrol.info/es/control-de-drogas-de-la-onu/ungass/item/2255-ungass-la-historia-no-escrita> y <http://www.undrugcontrol.info/images/stories/documents/unwritten.pdf> (p.188-190, versión en inglés), Citando a su vez a Who (1995 y 1997) y WHA (1995)

que debería proceder a determinar el impacto que tienen las sustancias en la salud, incluyendo el alcohol y tabaco, estas dos con costos más grandes en la salud que las ilegales¹²⁴. Por tanto, indican que la OMS convoca cada dos años un Comité de expertos de Farmacodependencia, creando en 1990 un programa sobre abuso de sustancias (*Programme on Substance Abuse* o PSA, en inglés) el cual recomendó: 1- Analizar posibles cambios en la fiscalización relacionada con la práctica de masticar coca en los Andes y del uso del khat en África, teniendo en cuenta el aspecto tradicional; 2- Las políticas internas de los países deben orientarse a la reducción del daño a corto y largo plazo.

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (2010, p.1, 5) con el fin de promover el respeto al derecho a la salud, la participación comunitaria y óptimas condiciones de vida (bienestar social en las personas, las familias y las comunidades), encauza los programas de salud pública asociados con el consumo de drogas a la prevención, la intervención temprana, la reducción de daños, el tratamiento, la rehabilitación y la reintegración social, mediante una estrategia que abarca cinco áreas de acción denominadas: 1- formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales en materia de salud pública y asignación de recursos compatibles con la magnitud del problema del consumo de sustancias; 2- promoción de la prevención universal del consumo de sustancias, haciendo hincapié en el desarrollo psicosocial de niños y jóvenes; 3- promoción de la intervención temprana en entornos de atención primaria y desarrollo de sistemas de tratamiento vinculados a la atención primaria de salud y servicios conexos; 4- investigación, seguimiento y evaluación, y 5- alianzas estratégicas. Posteriormente, a cada una de estas estrategias se le asignaron unos objetivos.

Una vez se aprobó esta estrategia, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en el año 2011 exponen el plan de acción sobre la salud pública y el consumo de drogas, abordando cada una de las áreas mencionadas con sus objetivos, frente a los cuales se establecen unos indicadores y actividades a nivel regional y nacional.

¹²⁴ Citando a su vez a Who (2001)

OEA. La OEA, de conformidad con el mandato conferido en la Sexta Cumbre de las Américas sobre el problema mundial de las drogas¹²⁵, para “analizar los resultados de la actual política en las Américas y de explorar nuevos enfoques para fortalecer esta lucha y para ser más efectivos” (OEA, 2013a, p.8), publica el Informe Sobre el Problema de las Drogas en las Américas del año 2013, que consta de un Informe Analítico¹²⁶ y un Informe de Escenarios¹²⁷. El primero consiste en un “estudio técnico del consumo, producción, tránsito, comercio y dimensión del negocio de las drogas en el Hemisferio, examinando al mismo tiempo las políticas públicas adoptadas para enfrentar los problemas de salud pública, ilegalidad y violencia que suscitan, así como su impacto social y político en nuestras sociedades” (OEA, 2013a, p.8). Por su parte, de acuerdo con el segundo “no se muestra la realidad que es sino la que podría ser” (OEA, 2013a, p.8), fundamentándose en opiniones y visiones de académicos, expertos y líderes políticos y sociales del continente.

La OEA (2013a, p. 96) señalan como una alternativa, aunque no la única, la legalización de algunas drogas, aclarando que existe diversos enfoques al respecto, desde la políticas más restrictivas a las que lo son menos, al establecer medidas como altos impuestos, limitar los sitios que abastecen, así como el horario de consumo y su publicidad¹²⁸.

Igualmente, resalta la importancia de dar un enfoque de salud pública al consumo de drogas, tratando al consumidor como una víctima y no como delincuente. Por tanto es indispensable

¹²⁵ Realizada en Cartagena de Indias, Colombia, en el año 2012, donde se determina que el problema de las drogas es uno de los desafíos más importantes debido a su impacto en la salud pública, la inversión de los gobiernos y violencia que acarrea, considerando que la posición actual no ha tenido éxito y por ende se deben “encontrar y combinar nuevas y mejores alternativas”. (OEA, 2013b, p. 9).

¹²⁶ Examina tendencias actuales, mejores prácticas y desafíos de política (OEA, 2013b, p. 9)

¹²⁷ Posibles escenarios a futuro, consistente en narraciones de lo que podría suceder, con fundamento en tendencias actuales y contextos político económico, social, cultural e internacional, aclarando que no son pronósticos ni recomendaciones (OEA, 2013b, p. 11).

¹²⁸ Respecto de los costos y beneficios de políticas regulatorias y legales, la OEA (2013a, pp. 98-100) destaca: 1-La descongestión en la justicia penal, siempre y cuando se cumplan las restricciones, como la prohibición de venta a menores de edad, 2- Descenso de la morbilidad y mortalidad, debido a la pureza de las drogas, el acceso de los consumidores a servicios de salud y el hecho de no ocultar el consumo, aunque se advierte que puede ocurrir el abuso de sustancias legales, 3- Reducción de la violencia y corrupción, sin embargo se advierte que podrían aumentar organizaciones criminales que comenten delitos de orden económico (como la trata de personas, el secuestro, la extorsión, el tráfico de armas y la piratería) . En tal sentido, no existe certeza del incremento en el uso y dependencia de las drogas que supone la legalización, pero se insinúa un aumento, máxime si existe publicidad comercial, lo que también incidiría en mayores casos de experimentación que podrían llegar a consumos problemáticos, afectando a todos tipo de población y generando mayor ausentismo escolar y laboral, así como violencia entre los consumidores.

su despenalización, y señala que la restricción de la libertad únicamente debe operar en caso de riesgo de la vida del adicto o represente un peligro a la sociedad. En tal sentido, recalca estilos de vidas saludables, programas de prevención, tratamiento y reincorporación a la sociedad, así como detección temprana, lo anterior debido a que “existe una brecha significativa entre la visión de salud pública y los servicios para la atención de los problemas por consumo de sustancias psicoactivas en mucho de los países del hemisferio. Si bien varios países han desarrollado y aprobado normas de calidad para estos servicios, dichas normas no se aplican sistemáticamente ni se han desarrollado sistemas de tratamiento que estén integrados al sistema de atención de la salud” (OEA, 2013a, p. 109).

Por otro lado, en el Informe de “Escenarios para el problema de drogas en las Américas 2013-2025” de la OEA, se presentan cuatro escenarios de posibles futuros que respondan al problema de las drogas denominadas Juntos¹²⁹, Caminos¹³⁰, Resiliencia¹³¹ y Ruptura¹³², donde se puede deducir que el panorama más complejo se encuentra en la “Ruptura”, al existir gran tensión en las diferentes medidas diseñadas y ejecutadas por distintos gobiernos. El ideal sería entonces reorientar los otros tres escenarios para optimizar los beneficios que posiblemente

¹²⁹ A partir de una reforma institucional (donde se ejecute adecuadamente las leyes y políticas respetando los derechos humanos, se fortalezca las entidades con inversión y capacitación constante, se reduzca la corrupción actuado con transparencia, así como se trabaje para disminuir la violencia relacionada con el comercio ilegal de drogas al tener mayor control y presencia en los territorios, recuperando el Estado la soberanía), y la cooperación local, nacional e internacional (colaboración, recolección e intercambio de información, análisis y evaluación de las mejores prácticas internacionales) generar confianza entre los ciudadanos (OEA, 2013b, pp. 25-40).

¹³⁰ Parte de los cuestionamientos sobre la actual política de drogas, sin embargo algunos gobiernos no contemplan las reformas en sus países, lo que impide un consenso internacional, llevando a algunos Estados a experimentar nuevas estrategias que difieren del marco global para construir uno nuevo; en tal sentido, se aboga por un diálogo abierto previsto para la Asamblea General de Naciones Unidas sobre la política global de drogas (Ungass) en el 2016, donde se encontrarán posturas que promuevan mayor enfoque en la salud y alternativas al encarcelamiento, otros mayor rigurosidad punitiva, así como apoyo a la regulación del cannabis y otras sustancias (OEA, 2013b, pp. 41-57).

¹³¹ Trata de cambio de enfoque, en cuanto se centra en la persona y la reconstrucción y fortalecimiento de las comunidades, al considerar que los problemas relacionados con las drogas los enfrenta la sociedad por medio de su capacidad para afrontarlos; en tal sentido se atienden las necesidades de las comunidades, se fortalece su capacidad de respuesta frente a los problemas relacionados con las drogas con programas de educación, prevención, servicios de intervención temprana, tratamiento y reducción del daño, especialmente orientados a la juventud; al respecto, se establece que los mejores programas de prevención son intervenciones integrales que contemplan la orientación a los padres en la educación de sus hijos, óptimos ambientes en los colegios y estimulación de habilidades sociales, teniendo en cuenta las diferencias culturales de cada país o grupos (OEA, 2013b, pp. 59-71).

¹³² Debido a la divergencia de posiciones, disparidad de políticas, costos injustos que deben asumir algunos países (especialmente los productores y donde se realiza el tránsito), rechazo a la implementación de nuevos enfoques, cuestionamientos a medidas y acciones realizadas por otros países (al considerarlas violatorias de los tratados y calificar a algunas naciones que optaron por la no intervención en la producción y tráfico de “narcoestados”, por cuanto el Estado y los criminales constituyen dos centros de poder), así como la indiferencia con que reaccionen otros Estados, generarán un aumento en el conflicto de las drogas y el crimen organizado a nivel global (OEA, 2013b, pp. 73-80).

traerían, en cuanto se necesita fortalecer las instituciones, implementar las mejores políticas previo análisis basado en evidencia y destinar recursos suficientes para los programas orientados a mejorar la salud y la seguridad, con el fin de construir comunidades más incluyentes y menos violentas.

CICAD. El Informe sobre Uso de Drogas en las Américas 2015, elaborado por el Observatorio Interamericano de Drogas (OID) de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), se fundamenta en la información suministrada por los Observatorios Nacionales de Drogas de los países miembros de la OEA (estudios nacionales en población escolarizada del nivel medio, en estudiantes universitarios y en población general), respecto del consumo de alcohol, tabaco, marihuana, inhalables, cocaínas, éxtasis, nuevas sustancias psicoactivas (NSP), entre otras, teniendo en cuenta que “la Estrategia Hemisférica sobre Drogas de la CICAD estipula claramente que se formulen políticas nacionales sobre drogas basadas en evidencia, así como que, cuando sea posible, dicha evidencia deberá permitir la comparación de datos entre países” (p. 15).

En este informe se analizan tres aspectos primordiales para las políticas sobre drogas: el uso de drogas a edades tempranas y factores asociados al consumo, tendencias en el uso de drogas y temas emergentes en la región, evidenciando un elevado consumo de drogas entre la población adolescente y baja percepción de riesgo sobre su uso esporádico, razón por la cual se cuestionan las políticas públicas de prevención de consumo, relacionando como factores que inciden la facilidad de acceso y gran oferta de las drogas; por otro lado, resalta el desafío que presenta las nuevas sustancias psicoactivas, que al transformar los patrones tradicionales de elaboración de drogas ilícitas, las cuáles por lo general presentan propiedades químicas y/o farmacológicas similares a las sustancias controladas internacionalmente, abrevian sus procedimientos y facilitan que cualquier país fabrique estas drogas. En tal sentido, se considera apremiante un estudio más profundo sobre los patrones del consumo de drogas entre los jóvenes, así como fortalecer los observatorios nacionales de drogas para optimizar las redes de información (relevante y actualizada, con datos cualitativos y cuantitativos) (p. 16-20)

UNASUR. En la II Reunión Extraordinaria del Consejo Suramericano sobre el Problema Mundial de las Drogas – CSPMD, realizado el 31 de agosto de 2015 en Montevideo, como una visión regional de la UNASUR para UNGASS 2016, se determinó que el problema de las drogas se presenta cada vez más complejo y dinámico, afecta la salud, la convivencia social y democrática, el desarrollo humano y la seguridad ciudadana, y ratifica que la persona es el centro de las políticas de drogas. Por ende el fin de las Convenciones es garantizar la salud, el bienestar y los derechos humanos; se confirma el principio de Responsabilidad común y compartida, y fundamenta las políticas con: 1- enfoque integral, equilibrado, multidisciplinario y sostenible; 2- enfoque transversal de derechos humanos; 3- enfoque de género y atención a grupos vulnerables de forma transversal y prioritario¹³³; 4- garantía de usos médicos y científicos de las sustancias bajo control¹³⁴; 5- fortalecimiento de la democracia y del Estado de Derecho¹³⁵; 6- enfoque territorial de las políticas de drogas; 7- reducción de la demanda¹³⁶; 8- fortalecimiento del desarrollo de la investigación académica y científica de forma continua; 9- desarrollo alternativo integral y sostenible, incluido el preventivo; 10- medidas de control para la reducción de la oferta; 11- cooperación internacional; 12- mejora de la coordinación y armonía del Sistema de Naciones Unidas¹³⁷ (pp.1-9).

Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia. La Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia (2009, p. 8) señala que antes del debate sobre cambios de estrategias se debe reconocer los fracasos de la actual política y sus resultados. Considera como primordial la distinción de las drogas ilícitas conforme al daño que producen en la salud y la sociedad; además de implementar políticas fundadas en el respeto a los derechos humanos, otorgándole

¹³³ Incluyendo el respeto de los derechos de los pueblos indígenas, la diversidad étnica y cultural reconocida en la Declaración de los Pueblos Indígenas de las Naciones Unidas (2015, p. 4)

¹³⁴ Al respecto la CSPMD de la UNASUR plantea “Considerar la reclasificación de sustancias sometidas al régimen internacional de fiscalización de drogas en virtud de la Convención Única de Estupefacientes de 1961, cuando tales sustancias se encuentren incluidas en las listas de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud, con miras a facilitar el acceso de la población al tratamiento médico adecuado” (2015, p. 5)

¹³⁵ Fomentando la participación de las personas en el diseño y ejecución de las políticas públicas de drogas (2015, p.5)

¹³⁶ Estableciendo que las políticas de reducción de la demanda contengan una perspectiva de género, medidas de prevención y reducción de efectos negativos, rehabilitación e inclusión social e impedir la marginalización, estigmatización y discriminación. (2015, p. 6).

¹³⁷ Dentro de las diferentes agencias del Sistema de Naciones Unidas se relaciona a la Comisión de Estupefacientes (CND) como principal órgano de Naciones Unidas sobre drogas, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD), en articulación con el Consejo de Derechos Humanos, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Igualmente, señalando la importancia de la participación de actores sociales y de la academia.

prioridad a la prevención y el tratamiento, pero sin desconocer las acciones de represión frente a los grupos ilegales. Igualmente, advierte que su posición no es de tolerancia con las drogas, debido a los daños que ocasionan a las personas y a la sociedad (Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, 2009, p. 11)

En conclusión, invita a América Latina a la adopción de las siguientes medidas: “1. Transformar los adictos de compradores de drogas en el mercado ilegal en pacientes del sistema de salud. 2. Evaluar con un enfoque de salud pública y haciendo uso de la más avanzada ciencia médica la conveniencia de descriminalizar la tenencia de marihuana para consumo personal. 3. Reducir el consumo a través de campañas innovadoras de información y prevención que puedan ser comprendidas y aceptadas, en particular por la juventud, que es el mayor contingente de usuarios. 4. Focalizar las estrategias represivas hacia la lucha implacable contra el crimen organizado. 5. Reorientar las estrategias de represión al cultivo de drogas ilícitas” (Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, 2009, pp. 11-13).

Comisión Global de Política de Drogas. Respecto del Informe de la Comisión Global de Política de Drogas de junio de 2011, se resalta el fracaso de la batalla mundial contra las drogas¹³⁸, en el cual clama con urgencia reformas en las políticas de control. Manifiesta respecto de la actual posición en Estados Unidos que “nos alegramos por el cambio de tono surgido de la actual administración¹³⁹ – con el mismo Presidente Obama reconociendo la inutilidad de la ‘guerra a las drogas’ y la validez de un debate sobre alternativas.¹⁴⁰” (p. 17).

La Comisión Global de Política de Drogas señala que “la inversión más valiosa debería dirigirse a actividades que eviten que los jóvenes usen drogas en primer lugar, y que impidan que los usuarios experimentales se conviertan en usuarios problemáticos o dependientes” (2011, p. 16), por consiguiente reprocha las estrategias de prevención mal diseñadas e implementadas, como las campañas masivas. Considera como exitosas aquellas que están

¹³⁸ La Comisión Global de Política de Drogas (2011, p.15), señala que conforme a los estudios científicos, se deduce que a mayor control y prohibicionismo, se aumenta proporcionalmente la violencia en el mercado ilegal de drogas.

¹³⁹ Cita a Office of National Drug Control Policy (2010) National Drug Control Strategy 2010 <http://www.whitehousedrugpolicy.gov/strategy/index.html> Consultado 13.05.11

¹⁴⁰ Cita a “Obama: Drugs Should be Treated as a Public Health Problem” Entrevista con Barack Obama en CBS News: http://www.cbsnews.com/8301-503544_162-20029831-503544.html Consultado 13.05.11

focalizados hacia grupos de riesgos particulares, centrados en habilidades sociales y apoyo social.

Ahora bien, el expresidente de Brasil Fernando Henrique Cardoso en el informe publicado en septiembre de 2014 por la Comisión Global de Política de Drogas (pp. 6-7), se complace con los avances desde el informe del año 2011 en el debate global de alternativas innovadoras en las políticas de drogas, resalta que se ha pasado de la teoría a la práctica, primando las evidencias científicas sobre las ideologías, con resultados alentadores.

En este nuevo informe se reitera que la batalla contra las drogas ha fracasado y que de los objetivos del marco internacional de control de drogas (1- Acceso a las drogas con fines científicos y medicinales; 2-Prohibir su uso para fines diferentes) prevalecen políticas fundadas en la penalización que en la protección de la salud, evidencia un incumplimiento de su principal objetivo, lo cual ocasiona graves problemas sociales y sanitarios. Por tanto, es menester diferenciar las consecuencias del consumo de drogas, entendiendo que existe diferentes modalidades de conductas desde las que no se consideran problemáticas hasta las compulsivas y totalmente nocivas, como las dependencias y sobredosis (Comisión Global de Política de Drogas, 2014, pp. 12-13).

Conforme a lo anterior, la Comisión Global de Política de Drogas (2014, pp. 18-33), indica que los cinco caminos claves para diseñar políticas de drogas eficaces son: 1) Que la salud y la seguridad de las personas ocupen el primer lugar. 2) Garantizar el acceso igualitario a los medicamentos esenciales y para el control del dolor. 3) Terminar con la penalización del porte y consumo de drogas. 4) Reencauzar las medidas de represión hacia el narcotráfico y el crimen organizado, poniendo en evidencia el “efecto globo” según el cual los “éxitos” localizados de erradicación e interdicción trasladan la producción y rutas de tráfico a otros sitios¹⁴¹. En Colombia, a pesar de los intentos de erradicación de cultivos, éstos se han trasladado a otras regiones, extendiendo el área de la acción criminal y la violencia a las comunidades (Centro de Estudios Legales y Sociales – CELS, 2015, pp. 42 y 43). 5) Que los gobiernos asuman el control regulando el comercio de droga, aclarando que no se conciben estas sustancias como

¹⁴¹ Término descrito por la UNODC en el Informe Mundial de Drogas 2008

seguras, sino precisamente por ser peligrosas, es necesario la adopción de diferentes modelos de regulación dependiendo el tipo de drogas.

Ahora bien, la Comisión Global de Política de Drogas considera que para ejecutar estas recomendaciones es necesario el liderazgo de la ONU y de los Estados miembros en la reforma del régimen internacional de políticas de drogas, por cuanto estas tienen carácter transnacional y deben caracterizarse por su coordinación. (pp. 35-37).

Por otro lado, resulta preocupante el menoscabo a la función de la OMS a través de su Comité de Expertos en Drogas que Causan Dependencia (ECDD), consistente en plantear recomendaciones sobre la clasificación de las sustancias, conforme lo indica la Comisión Global de Política de Drogas (2014), en los siguientes términos: “hace mucho que la OMS carece de financiamiento y recursos técnicos para cumplir sus tareas. El ECDD, por ejemplo, se ha visto obligado a restringir sus reuniones periódicas a cada seis años, cuando, originalmente, debía reunirse dos veces por año” (p. 44).

Igualmente, la Comisión Global de Política de Drogas (2011, pp. 4-17) presenta once recomendaciones para ejecutar, así:

“1. Romper el tabú. Buscar un debate abierto y promover políticas que reduzcan efectivamente el consumo y que prevengan y reduzcan los daños relacionados con el uso de drogas y con las políticas de fiscalización de drogas. Incrementar la inversión en investigación y análisis del impacto de diferentes políticas y programas. 2. Reemplazar la criminalización y el castigo de las personas que usan drogas por la oferta de servicios de salud y tratamiento para aquellos que los necesitan. 3. Alentar que los gobiernos experimenten modelos de regulación legal de las drogas (con cannabis, por ejemplo) que están diseñados para socavar el poder del crimen organizado y salvaguardar la salud y la seguridad de sus ciudadanos. 4. Establecer mejores mediciones, indicadores y metas para medir el progreso. 5. Cuestionar, más que reforzar, los conceptos erróneos comunes sobre los mercados de drogas, el uso de drogas y la dependencia de drogas. 6. Los países que continúan invirtiendo mayormente en un enfoque de aplicación de la ley (a pesar de la

evidencia) deberían enfocar sus acciones represivas en el crimen organizado y los traficantes de drogas violentos, para reducir los daños asociados con el mercado de drogas ilícitas. 7. Promover penas alternativas para vendedores de pequeña escala y vendedores de drogas primarios. 8. Invertir más recursos en prevención basada en evidencia, con un foco especial en la juventud. 9. Ofrecer una gama de opciones amplia y de fácil acceso para el tratamiento y la asistencia de la dependencia a drogas, incluyendo tratamientos de sustitución y de prescripción de heroína, con especial atención a aquellos más en riesgo, que incluya a quienes están en prisiones y otros contextos de encierro. 10. El sistema de las Naciones Unidas debe proporcionar liderazgo en la reforma de la política de drogas global. Esto implica promover un enfoque efectivo basado en evidencia, apoyar a los países para que desarrollen políticas de drogas que se adapten a sus contextos y respondan a sus necesidades, y asegurar coherencia entre las diversas agencias, políticas y convenciones de la ONU. 11. Actuar con urgencia: puesto que la guerra a las drogas ha fracasado, se necesita cambiar las políticas ya.”

2. EXPERIENCIAS DE OTRAS LATITUDES

Blickman (2014, pp. 1-2) hace referencia a los cambios que presenta América (regulación del comercio del cannabis recreativo en Uruguay y los estados de Colorado, Washington, Oregón y Alaska en los Estados Unidos), considerándolos como un modelo más garantista de la protección de la salud y la seguridad, al compararlos con el modelo prohibicionista que no logró un impacto permanente en la reducción del mercado, por el contrario, se congestionó el sistema de justicia penal, lo cual repercute negativamente en el ámbito social y de salud pública, y se generó un mercado delictivo (delincuencia organizada, violencia y corrupción). Por otro lado, este autor pone de presente la “inercia” e indiferencia de los gobiernos europeos frente a esta tendencia, aunque resalta la labor de las autoridades locales y regionales, así como de los movimientos de los clubes sociales de cannabis, que promueven un cambio y proponen alternativas tales como: regular el suministro de los *coffeeshops* en los Países Bajos, donde está prohibido; establecer dispensarios similares a los *coffeeshops*, con un abastecimiento controlado, en la capital de Dinamarca, Copenhague, y en las ciudades alemanas de Berlín, Frankfurt-am-Main, Hamburgo y Colonia; permitir el funcionamiento de

clubes sociales de cannabis en España y Suiza; realizar campañas para la instauración de estos clubes en Bélgica, Portugal, Francia y Reino Unido. Sin embargo, señala las limitaciones que imponen los tratados de fiscalización de drogas de la ONU, porque al regular el suministro de cannabis para uso recreativo supone quebrantar estos instrumentos internacionales.

Ahora bien, teniendo en cuenta que algunas recomendaciones apuntan al estudio de otras experiencias, se pretende exponer brevemente los principales modelos alternativos al prohibicionismo que se han adoptado en algunos países del mundo, para poder analizar ventajas y perjuicios que han ocasionado o que podrían generar en caso de implementarse en Colombia.

2.1. URUGUAY: ¿un modelo a seguir?

Antes de entrar a profundizar sobre el caso uruguayo, es prudente presentar la reflexión de Garat, Friedrich Ebert Stiftung y Junta Nacional de Drogas (2015), en los siguientes términos: “Es una experiencia política y cultural cuyo impacto real en la vida de la sociedad uruguaya podrá ser mensurada y apreciada en el mediano plazo. Si bien es una experiencia que ya está siendo evaluada, la medición y valoración de su impacto necesita de un tiempo no menor a los 4 o 5 años.” (Prólogo, p. 5)

2.1.1. PRINCIPALES DISPOSICIONES

La legislación actual sobre drogas está comprendida por el Decreto Ley 14.294 de 1974¹⁴² expedido por el Consejo de Estado y las leyes¹⁴³ 17.016 de 1998¹⁴⁴, 17.835 de 2004¹⁴⁵, 18.494 de 2009¹⁴⁶, 19.007 de 2012¹⁴⁷ y 19.172 de 2013¹⁴⁸ (Bardazano, 2014, p. 139). En relación al consumo, sobresalen las siguientes disposiciones:

¹⁴² “Estupefacientes. Se regula su comercialización y uso y se establecen medidas contra el comercio ilícito de las drogas”. Denominada Decreto-Ley por Ley N° 15.738 de 1985. Ver en <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=14294&Anchor=>

¹⁴³ Promulgadas por el Senado y la Cámara de Representantes reunidos en Asamblea General

¹⁴⁴ “Estupefacientes. Dictanse normas referentes a estupefacientes y sustancias que determinen dependencia física o psíquica”. Ver en <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17016&Anchor=>

¹⁴⁵ “Sistema de prevención y control del lavado de activos y de la financiación del terrorismo”. Ver en <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17835&Anchor=>

¹⁴⁶ “Control y prevención de lavados de activos y del financiamiento del terrorismo. Modificaciones”. Ver en <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18494&Anchor=>

¹⁴⁷ “Delitos contra la administración pública y de tráfico de pasta base de cocaína. Aumento de las penas en determinados casos”. Ver en <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=19007&Anchor=>

Constitución de la República:

Entre las principales disposiciones constitucionales en la materia se destacan el artículo 10¹⁴⁹, de acuerdo con el cual “las acciones privadas de las personas que de ningún modo atacan el orden público ni perjudican a un tercero, están exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la República será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”. Asimismo, el artículo 44 de la Constitución de la República dispone que “el Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.”

Decreto Ley 14.294 de 1974

El artículo 16 del Decreto Ley 14.294, señala dentro de las funciones del Ministerio de Salud Pública: “La prevención primaria de las toxicomanías a través de campañas educativas y de medidas profilácticas”, “la prevención secundaria mediante la detención precoz de la drogadicción”, “la asistencia, curación y rehabilitación social del toxicómano” y “la tipificación, calificación, incorporación y pasaje a las distintas listas anexas de aquellas drogas que producen dependencia física o síquica”.

Creándose en su artículo 17 la “Comisión Nacional de Lucha contra las Toxicomanías” bajo el control del Ministerio de Salud Pública, está integrado según su artículo 18 por “por un siquiatra de la Dirección de Salud Mental, un epidemiólogo de la División de Higiene y un químico farmacéutico de la División Técnica especialmente versados en la materia”. Señala el artículo 19 dentro de sus funciones: la elaboración, supervisión y evaluación de programas de prevención y tratamiento de toxicomanías, teniendo la facultad de proponer ante el Ministerio

¹⁴⁸”Marihuana y sus derivados. Control y regulación del Estado de la importación, producción, adquisición, almacenamiento, comercialización y distribución”. Ver en <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=19172&Anchor=>

¹⁴⁹ Al que hace referencia Bardazano (2014, p. 139). Ver Constitución en <http://www.parlamento.gub.uy/constituciones/const004.htm>

de Salud Pública la modificaciones legales y reglamentarias que considere, así como “promover la creación de policlínicas especializadas y de centros de tratamiento y rehabilitación del drogadicto en cada departamento”, “asegurar el tratamiento gratuito y reservado de todo enfermo que lo solicitare” y “coordinar su labor con la Dirección General de Represión del Tráfico Ilícito de Drogas del Ministerio del Interior, el Ministerio de Educación y Cultura, el Consejo del Niño y Dirección Nacional de Aduanas”. Igualmente, en el artículo 21 se establece que al inicio de cada año escolar debe realizar “cursos para educadores con el fin de prepararlos para colaborar en la prevención de la drogadicción en los establecimiento de enseñanza”, así como el artículo 22 determina como obligación de los Directores de Centros de Enseñanza informar a la Comisión “los casos de uso o tráfico, en el ámbito escolar, de las sustancias reguladas por la ley”, conllevando a sanciones en caso de incumplir esta disposición. Además, el artículo 23 señala que la Comisión “llevará un registro en el que figurarán todos los casos de toxicomanía con especificación de las drogas utilizadas y de las circunstancias en que se consumieren sin que figure en ningún paso el nombre de los drogadictos”, información que será suministrada por los médicos, las autoridades policiales y judiciales. Este registro de toxicomanía será reservado.

Por otro lado, el artículo 39 señala: “Inmediatamente después de procesado, el autor de un delito cometido bajo la acción de las sustancias reguladas por esta ley será sometido al correspondiente tratamiento bajo control de la Comisión Nacional de Lucha contra las Toxicomanías. Si fuese declarado inimputable, el Juez, al dictar sentencia, impondrá medidas de seguridad curativas que se cumplirán en un establecimiento público o privado o en forma ambulatoria, pero siempre bajo el control de la Comisión Nacional de Lucha contra las toxicomanías, la que deberá ser oída a los efectos de régimen del cese de las medidas. Si el autor fuese imputable, terminado el internamiento hospitalario, cumplirá la Prisión preventiva, o la pena, en su caso, en los establecimientos penales. Queda facultado el Juez para descontar, al aplicar la pena, el tiempo de internación hospitalaria.” En concordancia el artículo 40, indica: “El que fuere sorprendido consumiendo sustancias estupefacientes o usando indebidamente sicofármacos o en circunstancias que hagan presumir que acaba de hacerlo portando estupefacientes para su uso personal, deberá ser puesto a disposición del Juzgado Letrado de Instrucción de Turno, a fin de que éste ordene un examen del detenido por el

médico de la Comisión Nacional de Lucha contra las Toxicomanías y por el médico forense, quienes deberán producir su informe dentro de las veinticuatro horas. Si del examen resultare tratarse de un drogadicto, el Juez impondrá el tratamiento en un establecimiento público o privado o en forma ambulatoria pero siempre sujeto a los controles médicos que establezca la referida Comisión Nacional.”

Ley 19.172 del 20 de diciembre de 2013

Esta normativa regula el mercado de cannabis, estableciendo como objeto en su artículo 4°: “(...) proteger a los habitantes del país de los riesgos que implica el vínculo con el comercio ilegal y el narcotráfico buscando, mediante la intervención del Estado, atacar las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales y económicas del uso problemático de sustancias psicoactivas (...) A tales efectos, se disponen las medidas tendientes al control y regulación del cannabis psicoactivo y sus derivados, así como aquellas que buscan educar, concientizar y prevenir a la sociedad de los riesgos para la salud del uso del cannabis, particularmente en lo que tiene que ver con el desarrollo de las adicciones. Se priorizarán la promoción de actitudes vitales, los hábitos saludables y el bienestar de la comunidad, teniendo en cuenta las pautas de la Organización Mundial de la Salud respecto al consumo de los distintos tipos de sustancias psicoactivas.”, en concordancia con el artículo 1° que consagra como uno de sus fines la promoción de la “información, educación y prevención, sobre las consecuencias y efectos perjudiciales vinculados a dicho consumo así como el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los usuarios problemáticos de drogas”.

El artículo 5 prohíbe “la plantación, el cultivo, la cosecha y la comercialización de cualquier planta de la que puedan extraerse estupefacientes y otras sustancias que determinen dependencia física o psíquica”, exceptuando si tiene fines de investigación científica, médica, cannabis de uso no psicoactivo (cáñamo), cannabis psicoactivo con otros fines previa autorización y control del Instituto de Regulación y Control de Cannabis (IRCCA), o destinando esta sustancia para consumo personal¹⁵⁰, compartido en el hogar¹⁵¹ o realizados por clubes de membresía¹⁵².

¹⁵⁰ Igualmente, se establece en este artículo que “El expendio de cannabis psicoactivo para consumo personal requerirá que se acredite en el registro correspondiente según lo establecido en el artículo 8° de la presente ley,

El artículo 7 sustituye el artículo 31 del Decreto Ley 14.294¹⁵³ y modifica el inciso segundo así: “Quedará exento de responsabilidad el que transportare, tuviere en su poder, fuere depositario, almacenare o poseyere una cantidad destinada a su consumo personal, lo que será valorado por el Juez conforme a las reglas de la sana crítica.”, agregando otro inciso, en los siguientes términos: “Sin perjuicio de ello, se entenderá como cantidad destinada al consumo personal hasta 40 gramos de marihuana. Asimismo, tampoco se verá alcanzado por lo dispuesto en el primer inciso del presente artículo el que en su hogar tuviere en su poder, fuere depositario, almacenare o poseyere la cosecha de hasta seis plantas de cannabis de efecto psicoactivo obtenidas de acuerdo con lo dispuesto en el literal E) del artículo 3° de la presente ley, o se tratare de la cosecha correspondiente a los integrantes de un club de membresía conforme con lo previsto por el literal F) del artículo 3° de la presente ley y la reglamentación respectiva”.

En el Capítulo II del Título III se desarrolla el tema de la salud y educación de la población en general y los usuarios. Se destacan algunas particularidades que se imponen al Sistema Nacional Integrado de Salud y al Sistema Nacional de Educación Pública, como la promoción de la salud, con mayor atención en ciudades con población superior a diez mil habitantes, así como el desarrollo de estos temas en la educación inicial, primaria, secundaria y técnico-profesional, formación docente y en la Universidad Tecnológica, siendo obligatorio abarcar la “Prevención del Uso Problemático de Drogas”. Igualmente, se prohíbe toda publicidad de los

conforme a las estipulaciones legales, en tanto el expendio para uso medicinal requerirá receta médica. El expendio de cannabis psicoactivo para uso no medicinal no podrá superar los 40 gramos mensuales por usuario.”

¹⁵¹ En el literal E) del artículo 5 se entiende “destinados al consumo personal o compartido en el hogar, la plantación, el cultivo y la cosecha domésticos de hasta seis plantas de cannabis de efecto psicoactivo y el producto de la recolección de la plantación precedente hasta un máximo de 480 gramos anuales.”

¹⁵² En el inciso segundo del literal F), artículo 5, se determina que “Los clubes de membresía deberán tener un mínimo de quince y un máximo de cuarenta y cinco socios. Podrán plantar hasta noventa y nueve plantas de cannabis de uso psicoactivo y obtener como producto de la recolección de la plantación un máximo de acopio anual proporcional al número de socios y conforme a la cantidad que se estableciere para el uso no medicinal de cannabis psicoactivo.”

¹⁵³ El inciso segundo del artículo 31 del Decreto Ley 14.294, establecía: “Quedará exento de pena el que tuviera en su poder una cantidad mínima, destinada exclusivamente a su consumo personal” y el artículo 3 de la Ley 17.016 lo sustituía así: “Quedará exento de pena el que tuviere en su poder una cantidad razonable destinada exclusivamente a su consumo personal, con arreglo a la convicción moral que se forme el Juez a su respecto, debiendo fundamentar en su fallo las razones que la han formado”.

productos de cannabis psicoactivo, así como el acceso con fines recreativos a menores de 18 años de edad e incapaces, y se imponen restricciones en la conducción de vehículos.

En el artículo 17 se crea el Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA), desarrollando en el Título IV todo lo concerniente a esta entidad. En el artículo 42 se crea una Unidad Especializada en Evaluación y Monitoreo en el Ministerio de Salud Pública.

2.1.2. CONSIDERACIONES SOBRE EL MARCO REGULATORIO ¹⁵⁴

Dentro de los acontecimientos que incidieron en la regulación del mercado de marihuana en Uruguay, se destaca: 1- El partido Frente Amplio gana las elecciones nacionales en el 2004. 2- Desde el 2005 se inicia el proceso de consolidación del movimiento cannábico local, conformando una coalición de defensa los movimientos sociales, académicos y políticos de izquierda. 3- Se declara el fracaso de la guerra contra las drogas (Delgado, 2014, pp. 3-5).

Por otro lado, se aprecia que las contradicciones, vacíos e inseguridades existentes, promovieron un debate interno en defensa de los derechos humanos, la equidad, la democracia, la cooperación, la evidencia científica y las buenas prácticas, generando una ley orientada a la protección de la seguridad y salud pública (Bardazano, 2014, pp. 138-140).

La Ley 19.172 de 2013, básicamente presenta tres objetivos: disminuir la violencia asociada con el narcotráfico, promover la salud de los consumidores y optimizar la aplicación de la ley al suprimir inseguridades jurídicas que ocasiona el marco legal. Para alcanzar estas metas, se establecen cuatro instrumentos, consistentes en: 1- “Regulación estatal del mercado de cannabis”, 2- “Educar, concientizar y prevenir en el consumo de drogas”, 3- “Tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los usuarios problemáticos de drogas”, y 4- “Acción policial para represión del tráfico ilícito de drogas” (Friederich Ebert Stiftung, 2014, pp. 10-11).

¹⁵⁴ Complementar con “*Panorama de las leyes y políticas de drogas en Uruguay*” de TNI. Recuperado de: <http://www.druglawreform.info/es/informacion-por-pais/america-latina/uruguay/item/252-uruguay>

Al respecto, Peyraube, en la Semana Psicoactiva Bogotá Humana 2014, manifestó que en Uruguay “no hay programas ni tratamientos de Reducción de Daños para usuarios de drogas de tráfico ilícito. No hay asignación de presupuesto ni personas idóneas y con la pericia requerida en instituciones y organismos competentes en la materia. Definitivamente no existen.” (p. 6). Considera así que la legalización de la marihuana es una medida de reducción de daños (p. 20).

2.1.3. CONSIDERACIONES SOBRE LOS USOS MÉDICOS DE LA MARIHUANA

Del 8 al 10 de abril de 2014 se realizó un Foro Internacional sobre “Actualización sobre los usos médicos y terapéuticos del cannabis”¹⁵⁵, organizado por “la Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (WOLA), Drug Policy Alliance (DPA), Transnational Institute (TNI) y la Friederich Ebert Stiftung (FESUR) en conjunto con el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Junta Nacional de Drogas (JND)¹⁵⁶ y la Universidad de la Republica (UdelaR) del Uruguay”. En este evento se plantearon las siguientes consideraciones:

- Es una de las sustancias más estudiadas y es considerada bastante compleja¹⁵⁷; existen tres variedades de la planta del cannabis: Cannabis Sativa, Cannabis Indica y Cannabis Ruderalis (2014, p.40); presenta potenciales beneficios en epilepsias, “cáncer, diabetes, esclerosis múltiple, Alzheimer, discinesia tardía, artritis reumática, fibromialgia, neuroblastoma, entre otras” (2014, p. 41).

¹⁵⁵ Complementar con “Avances en el monitoreo y evaluación de la ley de regulación y control del mercado de marihuana en Uruguay” de Luis Yarzabal, DM, Presidente del Comité Científico Asesor (CCA) (Versión editada por el autor de la ponencia expuesta en sesión pública realizada en el Ayuntamiento del Distrito 11, París, Francia, el 2 de setiembre de 2014.). Ver en http://www.druglawreform.info/images/stories/Ponencia_evaluacin_ley_marihuana_Uruguay_LYarzabal.pdf

¹⁵⁶ Es importante mencionar que la Junta Nacional de Drogas (JND) creada por el Decreto del poder ejecutivo N°463/988 de 1988, trabaja en la implementación de la política nacional de drogas enfocada en la prevención y tratamiento del consumo problemático de drogas, así como en reprimir el tráfico y demás delitos relacionados (Garibotto, (s.f.), p.83). Plantea cinco ejes para un enfoque integral de las políticas de drogas, consisten en: 1- Derechos humanos, género y ciudadanía; 2- Salud integral; 3- Justicia y convivencia; 4- Mercados: control, regulación y desarrollo alternativo; y 5- Cooperación internacional. (Junta Nacional de Drogas, 2015, pp. 5-10)

¹⁵⁷ “Cada planta tiene 489 constituyentes conocidos al día de hoy, de los cuales solo 70 son cannabinoides. El resto de los componentes, potencialmente sustancias neuroactivas, son los terpenoides, hidrocarburos, cetonas, aldehídos, entre otros. El Delta-9-THC es el fitocannabinoide más común, el único de cualidad psicoactiva, y el CBD es el fitocannabinoide no psicoactivo más estudiado hasta el momento y, en opinión de algunos de los expositores, el candidato más promisorio para evaluar la potencialidad medicinal de esta planta.” (2014, p.40)

- También se debatió la relación del cannabis con otras drogas legales e ilegales, desde la concepción que es la puerta de entrada al uso de drogas más duras, así como la salida para sustituir otras sustancias, destacando que “el cannabis es virtualmente no tóxico para la salud de las células y órganos, y es incapaz de producirle al usuario sobredosis fatales. No es depresor del sistema nervioso central y es incapaz de causar fallas respiratorias. Tampoco se han encontrado síntomas de abstinencia al tratamiento con cannabis” (2014, p. 41).

- Se considera a la experiencia uruguaya como una ventaja para fundamentar la evidencia científica, lo cual se facilita con el nuevo marco regulatorio, ya que no excluye los fines recreativos y medicinales del uso del cannabis (2014, p. 42).

- En la intervención de José Alexandre S. Crippa se advierte que “más allá de los grandes aportes que estas moléculas pueden tener para el futuro de la medicina, existen peligros asociados al consumo de cannabis de los que hay que ser conscientes, principalmente a su uso durante los periodos críticos de cambios del cerebro como lo son el desarrollo y la adolescencia” (2014, p. 40). Esto en razón a que el consumo de cannabis por esta población puede presentar efectos en la salud mental a largo plazo.

2.1.4. RESPECTO DE LAS DECISIONES JUDICIALES

Con el artículo 7 la Ley 19.172 de 2013, se cambió la libre convicción moral del juez por el criterio de la sana crítica para valorar las pruebas, a fin de establecer si una conducta es objeto de sanción cuando se determine que la sustancia que transporta, porta o almacena no es exclusivamente para el consumo personal. En tal sentido, se considera esta regulación más garantista de la democracia, por cuanto las delimitaciones las realiza la ley y no se delegan al juez con la intensidad que antes se permitía, ya que el órgano judicial con su exegesis se inclinaba a sancionar penalmente la tenencia para consumo personal, desconociendo la libertad personal consagrada en la norma constitucional (Bardazano, 2014, pp. 141 - 144).

2.1.5. CONSIDERACIONES SOBRE EL MODELO URUGUAYO DESDE UNA PERSPECTIVA INTERNACIONAL

A nivel regional se considera que Uruguay es un país al margen del fenómeno del narcotráfico, no ostenta un lugar importante en el tráfico, ni es uno de los principales puntos de origen o de llegada de marihuana. Igualmente, presenta unas características particulares como lo son el número de población y extensión territorial, razones que limitan a este modelo alternativo, para apreciarlo únicamente como un punto de referencia y no como objeto de replicabilidad o imitación en otros países (Valdomir, 2015, pp. 110-111).

Para Sánchez (2015, p. 90) Uruguay como el primer mercado legal de cannabis, es apreciado como progreso en el campo de la investigación, al analizarse, monitorear y evaluar la evidencia disponible, información que servirá para decidir y diseñar políticas nacionales e internacionales.

De la misma manera, para ProDerechos-Uruguay (2015, pp. 100-102) con la regulación de la marihuana en Uruguay, se afronta la violencia y surge la posibilidad de desarrollar una industria de producción con fines medicinales, teniendo en cuenta que los laboratorios farmacéuticos encontrarán a este país como uno de los pocos lugares a nivel mundial donde se produce de forma legal la materia prima para medicamentos que están siendo comercializados, apreciando este colectivo como una oportunidad para el desarrollo social de esa nación.

Delgado como integrante del colectivo de ProDerechos-Uruguay (2015, pp. 103-105), prevé que existirán nuevas formas de microtráfico que reemplazarán las actuales, para abastecer a las tres poblaciones que el marco normativo no contemplan (los menores de edad, los turistas y aquellos que excedan la cantidad permitida de 40gr), aunque no contempla la presencia de mercados ilegales grandes y complejos; al mismo tiempo, percibe la importancia del monitoreo y la evaluación de la experiencia uruguaya. Por otro lado, no está de acuerdo con prohibir a los clubes realizar actividades o divulgación de información sobre mejorar las prácticas del consumo de sustancias, considerando que son los clubes el medio idóneo para la disertación de prevención y reducción de daños. No obstante lo anterior, concluye que Uruguay está avanzando, lleva la delantera en materia de derechos, avistando oportunidades

económicas para el desarrollo del país, aunque sugiere se debe permitir la participación de los usuarios, como actores que han sido invisibilizados.

Finalmente, es importante destacar lo mencionado por López y Gómez (2014) respecto de la adopción de estas alternativas como “función que le corresponde legislar a los congresos de cada país y crear regulaciones que por imperio de la Constitución le corresponde y no a la órganos judiciales como pasa en el caso colombiano, pues hay que lograr un equilibrio en cuanto al desafío que tienen las democracias cuando se ven intervenido por las decisiones de orden judicial en cuanto a temas que tiene que ser tratados por leyes y no por medio de precedentes jurisprudencial como se evidencia en Colombia” (p. 111).

2.2. ESTADOS UNIDOS: En medio de las ambivalencias

En cuanto a la posición de Estados Unidos y su realidad, Jelsma - Transnational Institute (2009) señala que “a pesar de la imagen de estricta prohibición en el ámbito federal en los Estados Unidos, lo cierto es que algunas de las buenas prácticas de descriminalización del cannabis y de reducción de los daños se han puesto en marcha en este país a escala local y estatal. Aunque los Estados Unidos han exportado con gran éxito su modelo punitivo de tolerancia cero al resto del mundo, el Gobierno federal la ha tenido muy difícil para aplicar su propia política en su propio territorio” (p. 20). Esta opinión es válida en razón a los cambios que se han adoptado en ese país, como lo es la legalización de la marihuana para fines recreativos, así como las alternativas a las sanciones penales respecto de delitos relacionados con las drogas, medidas que se abordan a continuación.

2.2.1. LEGALIZACIÓN DE MARIHUANA

Mathieu y Niño (2013, pp. 36-37) señalan el conflicto legal que existe entre la legalización del uso recreativo de la marihuana en algunos estados de los Estados Unidos y la ley federal de sustancias controladas que prohíbe su uso, producción y comercialización. Al respecto se destaca que cuatro estados de Estados Unidos (Washington, Colorado, Alaska y Oregón)¹⁵⁸ y el Distrito de Columbia han regulado el uso de esta sustancia para fines no medicinales

¹⁵⁸ Para profundizar en la Enmienda 64 de Colorado y la Iniciativa 502 de Washington ver “*Comparación de sistemas de cannabis legal en Colorado y Washington*” de Brookings/WOLA, gráfico elaborado por Philip Wallach y John Hudak (mayo de 2013), recuperado de: <http://www.brookings.edu/~media/research/files/papers/2014/07/colorado-marijuana-legalization-succeeding/chart-comparing-washington-colorado-in-spanish.pdf>

(México Unido Contra la Delincuencia - Transform Drug Policy Foundation, 2013, p. 114; Centro de Estudios Legales y Sociales – CELS, 2015, p. 21).

Colorado: mediante la Enmienda 64 de Colorado (Colorado Amendment 64) aprobada en el año 2012, se modificó el artículo 18 de la Constitución del Estado para regular el uso de la marihuana de forma similar al alcohol¹⁵⁹, se permite el cultivo en casa de hasta 6 plantas de marihuana a los mayores de 21 años, así como el porte de una onza, equivalente a 28 gramos (Mathieu y Niño, 2013, p. 36). Por otro lado, “la autorización y regulación de la producción, distribución y venta de cannabis dependerá de la agencia estatal de impuestos — que ya regulaba el alcohol, el tabaco y la marihuana medicinal” (México Unido Contra la Delincuencia - Transform Drug Policy Foundation, 2013, p. 115), exige un rotulado especial donde se informe los contenidos, los riesgos y los daños, restringiendo su acceso a los niños.

Washington: con la Iniciativa 502 de Washington (Washington Initiative 502)¹⁶⁰ igualmente aprobada en el año 2012, se “establece la creación de un mercado legal basado en gran medida en el modelo de regulación estatal de bebidas alcohólicas” (México Unido Contra la Delincuencia - Transform Drug Policy Foundation, 2013, p. 114), permite a los mayores de 21 años el porte de una onza (28 gramos) para uso personal de marihuana, se requiere una licencia estatal para su cultivo y venta, y prohíbe el auto-cultivo. Además, se fijó para la venta de esta sustancia un impuesto del 25%, destinando estos recursos fiscales al fondo especial denominado “*Dedicated Marijuana Fund*”, que se asigna a la educación, salud, investigación, prevención y tratamiento de abuso de drogas (Mathieu y Niño, 2013, p. 36).

La marihuana medicinal está legalizada en los estados de Alaska, Arizona, California, Connecticut, Delaware, Hawái, Maine, Massachusetts, Michigan, Montana, Nevada, New Jersey, New Mexico, Oregón, Rhode Island, Vermont, Virginia y el Distrito de Columbia.

¹⁵⁹ Citando a Amendment 64 – Use and Regulation of Marijuana. En [http://www.leg.state.co.us/LCS/Initiative%20Referendum/1112initrefr.nsf/c63bddd6b9678de787257799006bd391/cfa3bae60c8b494_9872579c7006fa7ee/\\$FILE/Amendment%2064%20-%20Use%20&%20Regulation%20of%20Marijuana.pdf](http://www.leg.state.co.us/LCS/Initiative%20Referendum/1112initrefr.nsf/c63bddd6b9678de787257799006bd391/cfa3bae60c8b494_9872579c7006fa7ee/$FILE/Amendment%2064%20-%20Use%20&%20Regulation%20of%20Marijuana.pdf). Fecha de consulta: 15 de marzo de 2013.

¹⁶⁰ Citando a Initiative Measure No. 502. En http://sos.wa.gov/_assets/elections/initiatives/i502.pdf. Fecha de consulta: 15 de marzo de 2013.

Respecto de California, Estado en donde más usuarios se presentan¹⁶¹, se requiere una orden médica para solicitar la tarjeta de identificación denominada “*Medical Marijuana Identification Card*”, que autoriza la “*Compassionate Use Act*”¹⁶², es decir “cultivar, tener y consumir marihuana o comprarla en los centros de marihuana medicinal” (Mathieu y Niño, 2013, p. 37).

2.2.2. TRIBUNALES DE TRATAMIENTO DE DROGAS¹⁶³

Conforme a la OEA (2013b), estos tribunales “vinculan a los infractores dependientes de drogas al tratamiento para el abuso de sustancias y supervisan el progreso a través de las pruebas frecuentes y un riguroso control judicial” (p. 67), adquiriendo gran importancia una constante comunicación entre el sistema judicial, el personal que presta el tratamiento y los abogados defensores a fin de “garantizar el intercambio de información precisa y actualizada y una respuesta coordinada” (p. 67). Estas acciones han incidido en la disminución de la reincidencia en el consumo.

Sobre los Tribunales especializados en drogas o para tratamiento por consumo de drogas¹⁶⁴ (donde los tribunales ordenan tratamientos supervisados para algunos presuntos infractores como una opción al encarcelamiento), Csete (2014, pp. 82-83) manifiesta que en teoría presenta beneficios económicos al no incurrir en costos por encarcelamiento, pero advierte que esto no se logrará sino se resuelven las cuestiones¹⁶⁵ relacionadas con el debido proceso (al exigir a la persona que se declare culpable de los cargos imputados para optar por el tratamiento), con lo cual se arguye si el tratamiento debería ser coactivo en cierto sentido y que muchos tribunales rechazan como una alternativa el tratamiento de sustitución de opiáceos.

¹⁶¹ Citando a <http://medicalmarijuana.procon.org/view.answers.php?questionID=001199>. Fecha de consulta: 15 de marzo de 2013.

¹⁶² Citando a <http://vote96.sos.ca.gov/Vote96/html/BP/215text.htm>. Fecha de consulta: 15 de marzo de 2013.

¹⁶³ También en Chile, México, Trinidad y Tobago, Jamaica, Costa Rica, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y Europa

¹⁶⁴ Principalmente en los EE.UU. y Canadá

¹⁶⁵ Cuestiones relacionadas con el modelo de tribunales en los EE.UU.

2.2.3. TRIBUNALES COMUNITARIOS¹⁶⁶

Son tribunales de vecindario que consideran víctima de la delincuencia a la misma comunidad y obligan a los infractores a resarcir el daño causado, así como solicitar asistencia para tratar la drogadicción o enfermedades mentales. Las medidas adoptadas en esta instancia también han disminuido la reincidencia y la delincuencia (OEA, 2013b, p. 67).

2.3. ESPAÑA: Clubes Sociales de Cannabis

Arana (2013, pp. 134-136) expone que en el espacio sanitario español al principio la única alternativa era la abstinencia, pero con el aumento de VIH en consumidores de heroína, por ejemplo, se implementaron programas como el reparto de material esterilizado o jeringas. Otras medidas son los usos terapéuticos con derivados del cannabis y el opio, salas de consumo higiénico, testados de sustancias, evidenciándose la importancia que se le daba a la salud de los usuarios de drogas, independientemente de los prejuicios que pudieran ocasionar. Igualmente, con la llegada de los Clubes Sociales de Cannabis (asociaciones sin ánimo de lucro, legalmente registrados y conformados por personas mayores de edad consumidoras de cannabis) se implementan medidas de reducción del riesgo y prevención del daño, sin acudir al mercado negro para obtener dicha sustancia. Las anteriores medidas se consideran conformes a la legislación penal y administrativa de España, a pesar de estar en un régimen prohibicionista.

Los Clubes Sociales de Cannabis (CSC) existen en España desde el año 2001 “como asociaciones sin ánimo de lucro que cultivan y distribuyen marihuana entre un grupo pequeño de adultos usuarios (...) no se basa en ninguna regulación concreta sino en vacíos de la legislación española que no prohíbe el consumo de drogas ilícitas. (...) su carácter no lucrativo reduce las tentaciones de promoverlos con fines comerciales y su tamaño reducido genera vínculos de comunidad y confianza entre los socios, lo que favorece el cuidado mutuo y facilita detectar la aparición de consumidores problemáticos” (Mathieu y Niño 2013, p. 34-35). En tal sentido, la OEA (2013a) los define como “grupos sociales no comerciales, que cultivan y distribuyen el cannabis para satisfacer las necesidades de consumo personal de sus

¹⁶⁶ También en Canadá, Australia y Europa.

miembros.” (p. 97), mientras que para Barriuso Alonso (2011)¹⁶⁷ los Clubes Sociales de Cannabis (CSC) “son asociaciones de personas usuarias que se organizan para autoabastecerse sin recurrir al mercado negro. Se basan en el hecho de que el simple consumo de drogas ilícitas no ha sido nunca un delito en la legislación española” (p. 1).

Los clubes se beneficiaron de “una legislación que despenalizó el consumo y permitió cultivar hasta dos plantas de cannabis para consumo personal” (México Unido Contra la Delincuencia - Transform Drug Policy Foundation, 2013, p. 113); en tal sentido, Blickman (2014)¹⁶⁸ hace alusión a la descriminalización del cultivo para uso personal como su fundamento jurídico, y su vacío en la legislación nacional y la jurisprudencia, por cuanto “no penaliza el consumo y, en 1974, el Tribunal Supremo dictaminó que el consumo de drogas y la posesión para consumo no constituyen delitos penales, aunque la Ley de Seguridad Pública sí contempla sanciones administrativas por el uso en lugares públicos, informando que en diciembre de 2014 se aprobó una nueva Ley de Seguridad Pública donde se fijan elevadas multas por la posesión de drogas. Sentencias del Tribunal Supremo en 2001 y 2003 determinaron que la posesión de cannabis, incluso en grandes cantidades, no constituye delito si no existe intención clara de tráfico” (p. 10). A pesar de la favorabilidad de las decisiones judiciales, los clubes se encuentra en una incertidumbre legal, promoviendo sus partidarios una regulación jurídica, aunque según la OEA (2013a, p. 97), se permite con restricciones desde 2002 conforme a lo expuesto en las sentencias de la Corte Suprema.

Igualmente se indica que fue a mediados de la década de 1990 que los activistas del cannabis en España comenzaron a realizar el cultivo colectivo para uso personal, creándose legalmente el primer club en 2001, modelo implementado en Bélgica, Eslovenia, el Reino Unido, Francia y Uruguay. No obstante lo anterior, se informa que debido a su proliferación y aumento de miembros, existe dos tipos de clubes, el “cooperativista/activista” fomentado por la

¹⁶⁷ Martín Barriuso Alonso en este artículo desarrolla la historia de los Clubes Sociales de Cannabis en España desde 1993. Este autor es representante de la Federación de Asociaciones de Personas Usuarias de Cannabis (FAC), según el artículo “Los Clubes Sociales de Cannabis en la encrucijada. Entre la autogestión y la mercantilización”, TNI, 14 de agosto de 2012; <https://www.tni.org/es/art%C3%ADculo/los-clubes-sociales-de-cannabis-en-la-encrucijada>

¹⁶⁸ Igualmente, Barriuso Alonso señala que en razón a este vacío, los clubes privados producen cannabis con el fin de distribuirlos sin ánimo de lucro y sólo a adultos previamente usuarios; los pronunciamientos del Tribunal Supremo incidieron en su proliferación al establecerse que el cultivo para uso personal no es un delito al no tenerse la intención de traficar. (2011, pp. 1-3)

Federación de Asociaciones de Personas Usuarias de Cannabis (FAC), caracterizados por ser grupos más pequeños y producir lo que consumen, y el “comercial/empresarial” donde se encuentran los grupos más grandes por cuanto no tienen ningún límite de socios y es mayor la cantidad permitida de cannabis por socio, presentando un funcionamiento asemejado a los *coffee shops* y conocidos también como “Clubes Comerciales de Cannabis”. Al respecto, Blickman (2014) advierte que los clubes deberían funcionar como un acuerdo colectivo compuesto por miembros registrados (cerrados al público), pero al desviarse por una orientación comercial influenciada por empresarios, se asimilaría a los *coffee shops*. (pp. 9-11)

En cuanto, al funcionamiento de los clubes, se comienza con la fundación e inscripción en el registro de asociaciones, donde la asamblea general de personas socias es el órgano superior de decisión. Posteriormente los miembros aprueban un acuerdo colectivo de cultivo, seguido del alquiler o compra de terrenos de cultivo, equipos, etc. En el local del club se realiza la distribución solo para miembros del club y acompañantes mayores de edad, en pequeñas cantidades para un consumo inmediato en un sitio destinado para tal fin o para consumirlo en días posteriores llevándolos bajo su responsabilidad, con un límite de 2 a 3 gr diarios (aunque se aclara que los clubes producen y distribuyen principalmente marihuana, también se elaboran otros productos, presentando alternativas a la actividad de fumar). Para ingresar a un club se requiere la invitación de uno o dos miembros, donde se acredite que el solicitante es usuario de cannabis, o puede presentar un certificado médico que evidencie la necesidad de cannabis para el tratamiento de una enfermedad. Estas organizaciones pagan tasas e impuestos. Igualmente, desarrollan actividades sociales, como cursos y conferencias, así como asesorías legales y médicas, etc. (Barriuso Alonso, 2011, pp. 4-5)

En tal sentido, se considera este modelo compatible con los actuales tratados de drogas, obstaculiza el acceso de los menores y el turismo psicoactivo, al tiempo que debilita el mercado ilegal, otorgándole seguridad a los miembros del club, por cuanto tienen plena información de la sustancia que están consumiendo (origen, calidad y composición). Por tanto, el sistema de los clubes se aprecia más justo y equilibrado que un mercado capitalista como el del alcohol y el tabaco (Barriuso Alonso, 2011, pp. 5-6), aunque también se está enfrentando al desafío que representa la intervención de empresarios, que pretenden lucrarse de los vacíos

jurídicos (México Unido Contra la Delincuencia - Transform Drug Policy Foundation, 2013, p. 114). Ahora bien, se resalta que “al emplear las políticas de descriminalización para sortear la prohibición que pesa sobre la producción, los clubes españoles han demostrado cómo potencialmente se puede eliminar por completo la criminalidad asociada al mercado ilícito” (México Unido Contra la Delincuencia - Transform Drug Policy Foundation, 2013, pp. 113-114)

2.4. HOLANDA: Los coffee shops

Con la ley holandesa del opio en 1976, se clasificaron las drogas como duras¹⁶⁹ y blandas¹⁷⁰ según los efectos en la personalidad del consumidor, los daños a la salud y los costos a la sociedad, pese a que la producción, la comercialización y la posesión de drogas son punibles. En Holanda se desarrolló una política de tolerancia que permite el porte y el uso de máximo 5gr de drogas blandas y ½ gr de drogas duras, considerándolo como un delito menor que no tiene castigo. Partiendo de este contexto, se crearon los *coffee shops* como un lugar donde se permite la venta y el consumo de máximo cinco gramos de cannabis por persona, con el fin de evitar que los consumidores se relacionen con los vendedores ilegales, disminuir el uso de drogas duras y minimizar el daño generado por el consumo. Sin embargo, se informa que muchos establecimiento han cerrado por infracciones a las normas de venta y genera controversia que las demás actividades de la cadena continúan siendo ilegales, lo cual influye en la venta a los *coffee shops*, dificultando su control. En consecuencia se convirtió este país en “un paraíso para el turismo de drogas”, implementándose en el año 2012 el “Wietpas” como una medida para contrarrestar la altas demandas, consistente en un carné de socio para los *coffee shops*, con el cual sólo se autoriza la venta y el consumo de drogas únicamente si la persona tiene su domicilio legal en Holanda. En razón a que dicha medida se delegó a las autoridades locales, algunas no la han implementado. En relación al contagio de enfermedades por el intercambio de jeringas, se redujeron las infecciones de VIH y de sida (Mathieu y Niño, 2013, pp. 30-32).

¹⁶⁹ Dentro de las cuales se encuentran la heroína, el éxtasis, la cocaína, el opio, las anfetaminas y el LSD

¹⁷⁰ Destacando al cannabis, los hongos alucinógenos y las sedativas como el valium

Para Sáenz (2009, pp. 265-266) al diferenciar las drogas blandas de las duras se pretende evitar que el consumidor de cannabis tenga contacto con sustancias más nocivas, lo cual es más factible en un mercado ilícito; en cuanto al consumo de drogas duras, conforme a la Política de Estupefacientes de 1976 se le trata como una enfermedad que no tiene solución, pero debe propender por la integración del usuario a la sociedad, eliminar estigmas y prestar asistencia a los drogodependientes que no pueden dejar de consumir, implementando “programas como la vacunación contra la Hepatitis B, la distribución de preservativos, el cambio de jeringas nuevas por usadas y el suministro, entre los adictos a sustancias inyectables, de metadona (opiáceo sintético que, a diferencia de la heroína, se ingiere por vía oral y su efecto es de 24 horas)” (2009, p. 266). No obstante, los beneficios que presenta este modelo (un menor número de usuarios problemáticos de drogas duras y mortalidad por consumo de drogas, en comparación con otros países europeos y Estados Unidos), presenta dos grandes problemas, el narcoturismo¹⁷¹ y el aumento de conductas criminales e ilegales realizadas por consumidores de droga (2009, pp. 268-269).

Por otro lado, Blickman (2014, pp. 3-6) pone de presente la contradicción existente en la legislación holandesa al no perseguir la venta y posesión de pequeñas cantidades de cannabis pero penalizar su cultivo y comercio¹⁷², destacando la postura de los ministros de Justicia y de Salud de ese momento, Dries van Agt e Irene Vorrink, quienes pretendían legalizar totalmente el cannabis y regular todas las demás drogas. Con todo, por presiones internacionales no se aprobó este proyecto. Igualmente, en 1995 se intentó regular el abastecimiento de cannabis en los *coffee shops*, pero el presidente francés de la época, Jacques Chirac, cuestionó esta propuesta por no guardar coherencia con la postura de la Unión Europea en relación a las drogas, y para calmar los ánimos franceses, se implementaron cambios como el incremento de las penas para el cultivo ilegal en grandes cantidades y la disminución del límite de venta en los *coffee shops*, pasando de treinta a cinco gramos. En cuanto a la opinión pública, se relaciona una encuesta de diciembre de 2013, donde el 65 por ciento de los holandeses apoyan

¹⁷¹ En razón a que al implementarse esta estrategia como única en su región, se incrementó el ingreso de compradores que solo llegaban al país con esta motivación. (Rolles - Fundación Transform Drug Policy, 2012, p. 131)

¹⁷² En tal sentido existe una relación continua con la criminalidad, ya que al no estar regulada la producción y el suministro de los “coffee shops”, se ve forzado a obtener el cannabis en el mercado ilegal. (México Unido Contra la Delincuencia - Transform Drug Policy Foundation, 2013, p. 113)

la regulación de la producción de cannabis como en Uruguay¹⁷³. Las políticas del Gobierno son más restrictivas, a pesar de que la estrategia del carnet de cannabis se considera un fracaso, pero el criterio de la residencia en cuanto a la prohibición de los turistas está vigente, pese a que la mayoría de los municipios¹⁷⁴, aproximadamente el 85%¹⁷⁵, no la está aplicando, informando que en los territorios donde se implementaron estas medidas existe un aumento del tráfico en la calle, y por ende delincuencia. De hecho, “la política holandesa es una descriminalización de facto de la tenencia, la compra y la venta de cantidades para el consumo personal de cannabis, aunque de iure estas actividades no estén permitidas” (Blickman y Jelsma, 2009, p. 95).

2.5. BRASIL: La reducción de daños

Passos y Souza (2011, pp. 154, 156) centran su análisis en la Reducción de Daños (RD) como una estrategia de salud pública implementada por primera vez en Brasil en 1989 en la ciudad de Santos -São Paulo (lugar considerado para la fecha como "la capital del SIDA"), con el fin de prevenir el VIH entre usuarios de drogas inyectables. Sin embargo, la RD desde el 2003, pasa de ser un modelo exclusivamente orientado a Programas de enfermedades de transmisión sexual / SIDA, a una plan rector del Ministerio de Salud en las políticas dirigidas a la atención integral de los usuarios de alcohol y drogas, así como las de salud mental, convirtiéndose la RD en un nuevo paradigma ético, clínico y político.

Igualmente, estos autores hacen alusión a la Asociación Brasileña de Reducción de Daños (ABORDA), fundada en 1996 con el fin de diseñar y articular los programas en ese sentido; esta congregó a los usuarios de drogas para organizarse políticamente, creando varias ONG en Brasil como un método de inclusión de las minorías, lo que quiere decir que el activismo político generó áreas de gestión externas al Estado, materializadas en asociaciones donde los usuarios de drogas pretendían que los dejaran de equiparar a pacientes o criminales, actuando

¹⁷³ Citando a Blickman, T. & Jelsma, M. (2013). The Netherlands is ready to regulate cannabis, blog del TNI, 19 de diciembre de 2013; <http://druglawreform.info/en/weblog/item/5219-the-netherlands-is-ready-to-regulate-cannabis>

¹⁷⁴ Citando a Blickman, T. (2012e). ¿Van a abolir el carnet de cannabis? En realidad no, blog del TNI, 30 de octubre de 2012; <http://www.druglawreform.info/es/weblog/item/4020-ivan-a-abolir-el-carnet-de-cannabis-en-realidad-no>

¹⁷⁵ Citando a Most Dutch councils ignore ban on marijuana sales to tourists, Dutch News, 19 de febrero de 2014; http://www.dutchnews.nl/news/archives/2014/02/most_dutch_councils_ignore_ban.php

mediante reuniones nacionales y redes virtuales para fundar y coordinar las ONG (Passos y Souza, 2011, p. 159).

Finalmente, Passos y Souza (2011, pp. 159-160) califican de valioso el trabajo de estas ONG en la historia de la RD en Brasil, porque desde su creación se instauró una red cooperativa y democrática, con una “extraña y paradójica” relación con el Estado (por cuanto percibe financiación pública, pero está en contradicción con la política antidrogas dominante en las esferas estatales). Todo esto le da un nuevo sentido a la política pública, pasando de un protagonismo exclusivo del gobierno a una gestión en común e incluyente, al permitir la participación de los consumidores de drogas en los servicios de salud, tanto en su calidad de pacientes como de co-responsables y actores de las políticas. En tal sentido, la RD es una forma de “multiplicidad de gobierno” que busca conservar las diversidades que se encuentran en un conglomerado.

2.6. PORTUGAL: La descriminalización de las drogas ilegales

Ocurrió con la Ley 30 de 2000, vigente desde el 1 de julio de 2001, como estrategia frente al incremento de infecciones con VIH y el sida, así como la mortandad asociada con su consumo en los años noventa¹⁷⁶. Con esta medida se permite la compra, el porte y el consumo de drogas ilícitas, por cuanto ya no constituyen delitos objeto de sanciones penales sino administrativas, limitando su cantidad correspondiente a un consumo individual por diez días, pero al excederse se inculpará por negocio o el negocio/consumo, ya que la posesión para la venta es un delito criminal (Mathieu y Niño, 2013, pp. 32-33).

Las Comisiones para la Disuasión de la Drogadicción (CDT), son las competentes de los delitos de drogas, integradas por tres personas (abogados, trabajadores sociales, psicólogos o médicos) que analizan las motivaciones y las circunstancias de la conducta, imponiendo sanciones como los servicios sociales, multas, suspensión de licencias profesionales o prohibición de asistir a lugares específicos, así como reemplazar las sanciones para los adictos

¹⁷⁶ Citando a Hughes, Caitlin Elizabeth y Alex Stevens. 2010. “What can we learn from the portuguese decriminalization of illicit drugs?”. *British Journal of Criminology*. 50 (6).

por programas de tratamiento o educación, pretendiendo que los consumidores abandonen las drogas y motivarlos en los tratamientos (Mathieu y Niño, 2013, p.33).

En tal sentido se extrae que la política de Portugal se enfoca en prevención, tratamiento (como reemplazo de un régimen estrictamente punitivo), reintegración social, reducción de daño y de la oferta. De todas formas, Mathieu y Niño (2013, pp. 33-34) aclaran que el pequeño incremento en el consumo en adultos no se debe solo a la descriminalización, debido a que también se registra un aumento en otros países europeos, asumiéndolo como una tendencia; en contraste, resaltan la disminución en el consumo problemático de drogas en adultos y adolescentes (especialmente intravenoso), en la tasa de consumidores infectados con VIH/sida y otras enfermedades contagiosas, así como la descongestión en el sistema de justicia.

PARA FINALIZAR...

Es indiscutible la prevalencia de los derechos humanos sobre cualquier otra disposición normativa que los contraría o vulnere; sin embargo, en el marco internacional de drogas, aunque en principio tenía un enfoque a la protección de la salud, terminó desviándose a un régimen de índole punitivo, donde la mayoría de recursos se invierten en atacar la oferta, con detrimento a medidas de reducción del daño. Del mismo modo, existen organismos internacionales que ratifican las posturas prohibicionistas, restringiendo y/o censurando la aplicación de alternativas que pretenden garantizar derechos o revertir daños ocasionados por las políticas antidrogas.

A pesar de este panorama, se evidencia la tendencia de los países en adoptar nuevos enfoques, al implementar políticas novedosas, con el objetivo de garantizar y priorizar a los derechos humanos. Estas naciones asumen las críticas opositoras a nivel internacional, pero lo que en un principio se consideraba algo irrealizable o inconcebible, como lo es la regulación del mercado del cannabis (modelo uruguayo) o el uso recreativo de la marihuana en algunos estados de Estado Unidos, actualmente se está considerando adoptar en varios territorios. Al respecto, no se está sugiriendo que Colombia deba asumir la misma postura, teniendo en cuenta que

primero debería fortalecer su modelo educativo y de salud, orientado al enfoque de reducción de daños.

No obstante lo anterior, frente a esta nueva tendencia, es importante desatacar las experiencias que aportan otros países, y aunque presenten características sociales, culturales y geográficas disímiles a las colombianas, no por esto hay que ignorarlas. Antes bien, es importante que expertos en derecho comparado presten su apoyo en la formulación de políticas que el país pueda adoptar, con base en medidas que se están desarrollando en otras naciones, máxime cuando se tiene como fin y eje central al ser humano, sin descuidar el entorno social y ambiental.

En cuanto a los modelos adoptados en los países objeto de estudio en este capítulo, se presenta las siguientes consideraciones: a) Sobre el modelo Uruguayo, que comprende un regulación del mercado del cannabis desde diciembre del año 2013, se reitera que la evaluación de su impacto es previsto a mediano plazo; b) En relación a la situación que presenta Estados Unidos, es evidente las discrepancias que existen entre los diferentes estados que lo componen, aunque se estima una tendencia a la regulación medicinal y recreativa de la marihuana; por otro lado, resulta valioso la implementación de tribunales especializados en el tratamiento de drogas y la importancia que se da a la comunidad; c) Sobresale en España las medidas adoptadas por los mismos consumidores para minimizar riesgos y prevenir daños materializada en los Clubes Sociales de Cannabis, lo cual se encuentra acorde a la legislación de este país, teniendo en cuenta que no se contempla como delito el consumo de SPA, sin embargo puede presentar algunos riesgos cuando tiene una connotación comercial; d) En contraste con los coffee shops en Holanda, se ha tenido que lidiar con el narcoturismo; sin embargo, se importante la distinción que se realiza entre drogas duras y blandas; e) Finalmente, se destacan en Brasil y Portugal, los modelos de reducción del daño y descriminalización, donde el eje central es la persona.

Por otro lado, se evidencia que entre los organismos internacionales existen diferentes posturas, considerando más imparcial, viable y humanitaria la posición de la OMS, que se orienta a la prevención, reducción del daño, tratamiento, rehabilitación y reinserción.

CAPITULO III

EL RÉGIMEN JURÍDICO COLOMBIANO Y SU DINÁMICA FRENTE AL CONSUMO DE DROGAS

En el presente capítulo se busca realizar un examen de la evolución del marco legal y jurisprudencial colombiano que regula el consumo de drogas desde la promulgación de la Constitución de 1991. También se estudiarán las políticas implementadas por los diferentes gobiernos, partiendo de la presidencia de César Augusto Gaviria Trujillo e incluyendo un estudio de lo realizado en Bogotá bajo el mandato del exalcalde Gustavo Francisco Petro Urrego. Dentro de este análisis, se ahondará en la sentencia C-221 de 1994 proferida por la Corte Constitucional, mediante la cual se despenalizó el consumo de la dosis personal, así como en el Acto Legislativo 2 de 2009, debido al énfasis constitucional que se da a la prevención y rehabilitación del consumo de estupefacientes, pero donde también se contempla la prohibición de esta conducta, salvo prescripción médica. Posteriormente, se profundizará en algunas de las ambigüedades que se evidencian en el análisis anterior y que comprenden tensiones frente a ciertos derechos como el libre desarrollo de la personalidad y el derecho al acceso a los servicios de salud, todo lo cual se evidencia en las distintas posturas de las diferentes ramas del poder público.

Respecto de este último punto, conviene indicar desde ya que dentro de las nociones de división de funciones en el mundo antiguo se encuentra la concepción aristotélica que concibe a la ley como factor de regulación del Estado, diferenciando la ciencia legislativa (competencia de los legisladores) de la ciencia política (acción y deliberación en el diseño de políticas concretas). Posteriormente, esta fue evolucionando con las teorías del Estado Mixto, la Separación de Poderes y la Constitución Equilibrada, gracias a los aportes de autores como John Locke y el barón de Montesquieu (Guio, 2010, pp. 14, 16, 27-30), hasta llegar a la concepción que hoy en día se tiene de la división de poderes y se aplica en Colombia. En este orden de ideas, se pretende revisar las principales competencias de las tres ramas del poder público, conforme al artículo 113 y ss. de la Constitución Política, donde se establece que “Los diferentes órganos del Estado tienen funciones separadas pero colaboran armónicamente

para la realización de sus fines”. Teniendo como punto de referencia al consumidor de drogas, el Estado en ejercicio de sus funciones ejecutivas, legislativas y judiciales, repercute con sus decisiones en los derechos de las personas de forma proteccionista, garantista y/o restrictiva. Por lo tanto, se pretende evidenciar algunas ambivalencias del ordenamiento jurídico colombiano, como son: A) la paradoja existente en el marco nacional visible en tres puntos: 1- la despenalización del consumo de drogas, 2- la omisión de su regulación, y 3- la prohibición constitucional de esta conducta; B- así como otras controversias en torno a temas de salud pública, seguridad ciudadana, derecho al libre desarrollo de la personalidad y los límites del poder estatal.

Conforme a lo anterior, se aclara que el capítulo III inicia con algunos aspectos del tema de investigación que anteceden a la Constitución de 1991; luego se revisarán los cambios registrados en el ordenamiento jurídico colombiano en dos etapas, la primera comprendida desde la promulgación de la Carta Política, hasta la expedición del Acto Legislativo 2 de 2009, y la segunda desde esta modificación realizada al artículo 49 de la C.P., hasta la expedición de la Ley 1787 del 6 de julio de 2016, mediante la cual se reglamenta el mencionado Acto Legislativo. Posteriormente, se indicarán las principales entidades que tienen competencia sobre el tema de investigación; se continuará con un breve análisis de los gobiernos comprendidos desde el expresidente Cesar Gaviria, hasta el actual presidente de la República, Juan Manuel Santos, haciendo igualmente alusión al caso de los CAMAD en Bogotá D.C., bajo el mandato del exalcalde Gustavo Petro. Finalmente, se examinarán algunas ambivalencias que se evidenciaron luego de revisar el ordenamiento jurídico.

1. ANTECEDENTES

Pérez en los Documentos Técnicos (2015), cuestiona la frase “Colombia pasó de ser un país productor a ser un país consumidor de drogas” (p. 67). Para este autor, desde el momento en que se inició la producción de marihuana y cocaína en Colombia, éste ha sido un país consumidor, fenómeno que cataloga como global, ya que la gran mayoría de países productores se transforman rápidamente en consumidores.

Previo a la entrada en vigencia de la Constitución de 1991, el marco legal relacionado con las sustancias psicoactivas en Colombia presentaba las siguientes características: prohibía su venta, salvo prescripción médica; los que hicieran uso de las drogas eran reclusos en casas de salud, hospitales o asilos, sometidos a tratamiento; se reprimían las conductas asociadas con las drogas, con arresto y multa.

Al respecto se destacan: Ley 11 de 1920 (prohíbe su venta, salvo prescripción médica. Se sanciona con multa, y en caso de reincidencia cierre del establecimiento donde se distribuía); Ley 118 de 1928 (la sanción a personas en ejercicio del comercio estaba conformada por multa y prisión de 1 a 6 meses. Los que hicieran uso de las drogas, eran reclusos en casas de salud, hospitales o asilos, sometidos a tratamiento. Si el recluso contaba con recursos económicos estaba obligado a pagar los gastos); Ley 36 de 1939 (estableció que el Gobierno era el único que podía importar drogas que formaran hábito pernicioso); Ley 45 de 1946 (aumenta sanción en 1/3 al que suministre drogas a menores de edad o a quienes habitualmente la usen); Ley 17 de 1973 (dicta normas que reprimen las conductas asociadas con las drogas); Ley 9 de 1979 (determina que la salud es un bien de interés público, y por tanto toda persona debe velar por el mejoramiento, conservación y recuperación de su salud y de los miembros de su hogar. También hace alusión al derecho al ambiente sano).

Finalmente, sobresale la Ley 30 de 1986, mediante la cual se adopta el “Estatuto Nacional de Estupefacientes”, reglamentado por el Decreto 3788 de 1986: indica que el Consejo Nacional de Estupefacientes dirigirá y supervisará campañas para evitar el cultivo, producción, tráfico y consumo de estupefacientes. Las campañas en prensa, radio y televisión se realizarán en conjunto con el Ministerio de Comunicaciones. Los programas de educación primaria, secundaria y superior, así como la educación no formal, informarán sobre los riesgos de la farmacodependencia. La sanción al que suministre a menores de 16 años, se incrementa de 6 a 12 años de prisión, duplicándose la pena cuando se vale de menores de 16 años o se desarrolla en centros educativos, culturales y deportivos o en calidad de docente de la niñez o la juventud. Se establece que el Ministerio de Salud incluirá programas que brinde servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación. Crea el Consejo Nacional de Estupefacientes, Adscrito al Ministerio de Justicia, junto con un Comité Técnico Asesor de Prevención

Nacional de farmacodependencia, y consagra que el Consejo Seccional de Estupefacientes funcionará en todos los Departamentos y en Bogotá.

En tal sentido, Galán y Guerrero (2008, p. 82) identifican tres etapas del régimen sobre drogas psicoactivas en el ordenamiento jurídico colombiano con anterioridad a la promulgación de la Constitución de 1991, así: 1- Desde la expedición de la Ley 11 de 1920, con la cual se regula la importación y venta de drogas que formen hábito pernicioso, que concuerda con la creación del régimen internacional de droga. 2- Desde el Decreto 1188 de 1974 por el cual se expide el Estatuto Nacional de Estupefacientes, conforme a las facultades otorgadas por la Ley 17 de 1973 al Presidente de la República, que coincide con la vigencia en Colombia de la Convención Única de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972, la cual fue aprobada mediante Ley 13 de 1974. 3- Desde la expedición de la Ley 30 de 1986 por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes, relacionando su origen con la violencia de los carteles de la droga.

2. LA CONSTITUCIÓN DE 1991, EN PRO DE LAS LIBERTADES

En la Constitución Política se consagra como principio fundamental que Colombia es un Estado social de derecho fundado en el respeto de la dignidad humana y en la prevalencia del interés general (artículo 1°). Asimismo, el artículo 47 de esta carta política dispone que “El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”; de la misma forma, el artículo 49 establece que la salud es un servicio público a cargo del Estado, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la misma, e indicando que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.

A su vez, esta misma disposición, modificada por el artículo 1 del Acto Legislativo 2 de 2009, prohíbe el porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas, salvo prescripción médica, aclarando que con fines preventivos y rehabilitadores la ley determinará medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para los

consumidores, requiriendo su consentimiento informado. Igualmente consagra la atención especial que debe brindar el Estado al adicto y a su familia, procurando el cuidado integral de la salud de las personas y de la comunidad; así mismo, debe ejecutar de forma continua medidas de prevención contra el consumo y facilitar la recuperación de los dependientes.

En cuanto al concepto de “dosis personal” en Colombia, Pérez (2015, p. 78) aclara que fue promovido desde 1968 por el presidente de la época, Carlos Lleras Restrepo, y se refiere concretamente a la cantidad de marihuana que una persona podía portar sin que esto constituyera un delito. Luego se estableció en la Ley 30 de 1986 las cantidades consideradas como uso personal de diferentes sustancias. Ahora bien, en la sentencia C-221 de 1994 proferida por la Corte Constitucional se despenalizó el consumo de la dosis personal para garantizar el libre desarrollo de la personalidad consagrado en el artículo 16 de la Constitución, cuya reglamentación se realizó mediante el Decreto 1108 de 1994¹⁷⁷.

Precisamente, esta sentencia¹⁷⁸ constituye una de las más importantes decisiones jurisprudenciales en el tema de investigación. Se abordan temas como el libre desarrollo de la personalidad y la autonomía personal, así como sus límites y la obligación irrenunciable que tiene el Estado de educar¹⁷⁹. Por otro lado, se presentó salvamento de voto por parte de cuatro magistrados¹⁸⁰, quienes expusieron que el derecho al libre desarrollo de la personalidad no es un derecho absoluto, la drogadicción atenta contra la dignidad humana y consideran una

¹⁷⁷ “Por el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas”; en este se prohíbe el uso y consumo de drogas en lugares públicos o en cualquier lugar en presencia de menores de edad, mujeres embarazadas o en período de lactancia, así como afectar a terceros.

¹⁷⁸ Para profundizar en algunos argumentos de las intervenciones de los Magistrados de la Corte Constitucional y algunos momentos del debate, así como las posturas del presidente de la época, César Gaviria, y los candidatos a la presidencia Ernesto Samper Pizano y Andrés Pastrana Arango, ver: Nullvalue. (8 de mayo de 1994). Así cayó penalización del consumo. *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-122428>

¹⁷⁹ Para el expresidente César Gaviria, la Corte Constitucional adoptó su decisión con fundamento en los siguientes argumentos: 1- Diferencia entre moral y derecho, 2- Presupuestos constitucionales del derecho penal; 3- Límites del Estado; 4- Alcances del deber de cuidar la salud; 5- Tratamiento médico; 6- Condición ética de la persona; 7- La educación; y 8- Regulación de las manifestaciones externas de la conducta (1994, pp. 15-18).

¹⁸⁰ El expresidente César Gaviria considera que el salvamento de voto se fundamenta en el análisis de: 1- El derecho al libre desarrollo de la personalidad no es absoluto; 2- Sentido de la libertad; 3- Jurisprudencia anterior; 4- La dignidad humana; 5- Las Drogas: Una libertad falsa; 6- Los efectos nocivos son ciertos; 7- Es diferente el consumo de drogas al consumo de alcohol y tabaco; 8- Normas de la Constitución que hubiesen amparado una decisión diferente; 9- Las legalización de la droga ha tenido consecuencias nefastas en los países que la han implementado; y 10- Paradoja del fallo (1994, pp. 19-21).

contradicción el hecho de autorizar el consumo de la dosis personal, pero mantener la penalización del narcotráfico.

En la sentencia C-221 de 1994 se relacionan las normas de la Ley 30 de 1986 respecto al consumo, con el deber de la persona de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad consagrado en el artículo 49 de la Carta Política; la Corte estudia éste inciso, frente al cual extrae tres caminos de interpretación: 1) Esa la única posición aceptada y se trata de un mero deseo del Constituyente, tomándolo como una llamada simbólica que produzca efectos psicológicos en las personas, para que cuiden su cuerpo, sin que esto tenga efectos jurídicos, y mucho menos punitivos. 2) El Estado colombiano asume el rol de dueño y señor de la vida de cada una de las personas cuya conducta rige y, por eso, prescribe, excediéndose de la órbita del derecho, comportamientos que sólo al individuo atañen y sobre los cuales cada persona es dueña de decidir; por tanto rechaza esta postura al contrariar la democracia y la libertad, así como el hecho de tratar de un modo discriminatorio al drogadicto frente a los consumidores de otras sustancias, por ejemplo el alcohol. 3) Toma en consideración las consecuencias frente a terceros de la conducta individual y por esa razón la hace objeto de regulación jurídica, la situación de desamparo en que puede quedar la familia del drogadicto, la privación a la comunidad de una persona potencialmente útil, el peligro que para los demás puede entrañar la conducta agresiva desatada por el consumo de las sustancias indicadas en la ley; manifestando su desacuerdo también frente a esta tercera exégesis.

De las tres interpretaciones desarrolladas en el fallo, el tribunal constitucional admite la que se concibe como un deseo del constituyente, pues encuentra conveniente que las personas cuiden de su salud, sin embargo no puede tener connotaciones de carácter punitivo, ya que “sólo las conductas que interfieran con la órbita de la libertad y los intereses ajenos, pueden ser jurídicamente exigibles”. Concluye entonces que la anterior concepción resulta acorde con la filosofía liberal de la Constitución.

Mediante esta sentencia, se declara: 1- exequible el literal j) del artículo 2o. de la Ley 30 de 1986; por cuanto éste literal se limita a señalar el concepto de dosis para uso personal, la cual se considera una actividad lícita que solo incumbe al consumidor, para distinguirla del

narcotráfico¹⁸¹, ésta última concebida como ilícita porque estimula una conducta socialmente indeseable. 2- inexequibles los artículos 51¹⁸² y 87¹⁸³ de la misma ley, por cuanto se castiga penalmente el porte y consumo de droga, así como somete a tratamientos al consumidor que se encuentra en estado de drogadicción, lo que implica su internamiento, encontrando la Corte vulnerados los siguientes preceptos de la Carta:

“El artículo 1o. que alude al respeto a la dignidad humana como fundamento del Estado; el 2o. que obliga al mismo Estado a garantizar "la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución"; el 5o. que reconoce la primacía de los derechos inalienables de la persona, dentro de los cuales ocupa un lugar privilegiado el de la autonomía, como expresión inmediata de la libertad; el 16 que consagra expresamente el derecho anteriormente referido, y el 13 consagrador del derecho a la igualdad, pues no se compadece con él, el tratamiento diferente a categorías de personas que deben ser análogamente tratadas.”

¹⁸¹ Ésta misma Corporación mediante la Sentencia C-420 de 2002 se pronunció respecto de la pretensión de despenalizar el narcotráfico, aclarando que en un principio su tipificación se orientaba a la protección de un bien jurídico en particular, la salud pública, conforme al inciso final del Artículo 49 y el numeral 2° del Artículo 95 de la Carta; sin embargo, el ámbito de protección se amplió a la seguridad pública y el orden económico y social, razón por la cual considera que la penalización del tráfico de estupefacientes “no contraría los fundamentos constitucionales de la imputación penal en cuanto comprende una gama de conductas que trascienden el fuero interno de la persona y que se proyectan en una amplia gama de derechos ajenos.”, argumento compatible con la Sentencia C-221 de 1994, en la cual se diferencia entre el porte, conservación o consumo de cantidad considerada como dosis de uso personal y el narcotráfico como actividad ilícita.

¹⁸² Artículo 51. "El que lleve consigo, conserve para su propio uso o consuma, cocaína, marihuana o cualquier otra droga que produzca dependencia, en cantidad considerada como dosis de uso personal, conforme a lo dispuesto en esta ley, incurrirá en las siguientes sanciones:

a) Por primera vez, en arresto hasta por treinta (30) días y multa en cuantía de medio (1/2) salario mínimo mensual;
b) Por la segunda vez, en arresto de un (1) mes a un (1) año u multa en cuantía de medio (1/2) a un (1) salario mínimo mensual, siempre que el nuevo hecho se realice dentro de los doce (12) meses siguientes a la comisión del primero, y

c) El usuario o consumidor que, de acuerdo con dictamen médico legal, se encuentre en estado de drogadicción así haya sido sorprendido por primera vez, será internado en establecimiento psiquiátrico o similar de carácter oficial o privado, por el término necesario para su recuperación. En este caso no se aplicará multa ni arresto.

La autoridad correspondiente podrá confiar al drogadicto el cuidado de la familia o remitirlo, bajo la responsabilidad de ésta, a una clínica, hospital o casa de salud, para el tratamiento que corresponda, el cual se prolongará por el tiempo necesario para la recuperación de aquél, que deberá ser certificado por el médico tratante y por la respectiva seccional de medicina legal. La familia del drogadicto deberá responder del cumplimiento de sus obligaciones, mediante caución que fijará el funcionario competente, teniendo en cuenta la capacidad económica de aquélla.

El médico tratante informará periódicamente a la autoridad que haya conocido del caso sobre el estado de salud y rehabilitación del drogadicto. Si la familia faltare a las obligaciones que le corresponden, se le hará efectiva la caución y el internamiento del drogadicto tendrá que cumplirse forzosamente".

¹⁸³ Artículo 87. "Las personas que, sin haber cometido ninguna de las infracciones descritas en este Estatuto, estén afectadas por el consumo de drogas que producen dependencia, serán enviadas a los establecimientos señalados en los artículos 4° y 5° del Decreto 1136 de 1970, de acuerdo con el procedimiento señalado por este Decreto".

Básicamente, en esta sentencia la Corte Constitucional¹⁸⁴ abogó por la prevalencia de la autonomía personal (entendida como el derecho de la personas a decidir libremente sobre su propia vida, sin más limitaciones que la autonomía de las otras personas y por ende el Estado debe respetarla, aunque el individuo no pretenda cuidar su salud), para señalar que la determinación de usar drogas le incumbe únicamente a las personas, siempre y cuando no afecte a otros con su conducta. Por tanto, la penalización se concibe como una intervención prohibida al Estado, y la única vía en la que está facultado y obligado a actuar, es en la educación, que se contrapone a la ignorancia, para brindarles a los individuos herramientas cognitivas en la que puedan fundamentar sus decisiones. Por otro lado, el salvamento de voto objeta la decisión de la mayoría, al señalar la obligación que existe de garantizar el principio de la dignidad, el cual busca realizar el ideal de perfección del ser humano, lo cual es contradictorio cuando se permite la autodestrucción del individuo.

Ahora bien, Pérez (2015, pp. 77-80), haciendo alusión a las inconformidades que se había presentado en 1994 contra la referida sentencia, al pensar que Colombia se convertiría en un país sumido en la drogadicción por la creencia que se estaba autorizando el consumo, considera que este pronóstico no sucedió o no hay evidencia y fundamento que relacione este fallo con el incremento del consumo. Lo anterior, teniendo en cuenta que Colombia ocupa actualmente un lugar intermedio en consumo de drogas, a pesar que en los años 90 era el primer país consumidor en América Latina, así como el hecho que es un territorio donde se presenta todos los factores de riesgo, es productor de drogas y las sustancias se obtienen a bajos precios¹⁸⁵.

Finalmente, se considera que esta decisión de la Corte Constitucional ha marcado la línea jurisprudencial del órgano judicial, en la medida que se ha sostenido la despenalización del consumo (López y Gómez, 2014, pp. 111-112), pese a las reformas que con posterioridad ha presentado nuestro ordenamiento jurídico, como lo es el Acto Legislativo 2 de 2009, que

¹⁸⁴ Institución a la que se atribuye una “interpretación liberal y progresista” de la Constitución Política de 1991 (Lemaitre y Albarracín, 2011, p. 238).

¹⁸⁵ Como se expuso anteriormente, al revisar el consumo en Colombia desde el análisis realizado por Camacho, Gaviria y Rodríguez (2011).

modifica el artículo 49 de la Constitución Política, en el sentido de prohibir el porte y consumo. Esta sentencia también constituye fundamento de otras decisiones de las Altas Cortes, para garantizar que no se vulnere el derecho constitucional al libre desarrollo de la personalidad, así como para diferenciar el uso personal, como conducta que no es castigada, de las actividades delictivas.

Ahora bien, dentro del marco regulatorio comprendido en este periodo de análisis, desde la promulgación de la Constitución de 1991 hasta la expedición del Acto Legislativo 2 de 2009, se destaca la Resolución 003 de 1996¹⁸⁶, la Ley 599 de 2000 “Código Penal”¹⁸⁷, la Ley 745 de 2002¹⁸⁸ y la Ley 1098 de 2006 “Código de la Infancia y la Adolescencia”¹⁸⁹; en razón a que estas normas presentan gran importancia en el tema de la prevención del consumo y la protección a los menores de edad.

3. LOS DEBATES EN TORNO AL ACTO LEGISLATIVO 2 DE 2009

Como se mencionaba anteriormente, el artículo 49 de la Constitución Política que consagra el derecho a la salud, fue modificado por el Acto Legislativo 2 de 2009, en el sentido de prohibir el porte y consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas (salvo prescripción médica), lo cual representa para la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia “un periodo de incertidumbre legal” (Informe Final, 2015, p. 19), porque no se preveía el alcance de la prohibición; cuestión que ha sido aclarada por la jurisprudencia, como se evidenciará

¹⁸⁶ Mediante la cual el Consejo Nacional de Estupefacientes crea el Sistema Nacional de Prevención del Consumo de Estupefacientes.

¹⁸⁷ Tipifica como delito el suministro, administración o facilitación de droga a un menor, que produzca dependencia o lo induzca a usarla, incurriendo en prisión.

¹⁸⁸ Por la cual se tipifica como contravención el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro para los menores de edad y la familia.

¹⁸⁹ Prescribe que los niños, niñas y serán protegidos contra el consumo de tabaco, sustancias psicoactivas y estupefacientes; y todos ellos tendrán derecho a la salud integral, definida como un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad.

Dentro de las obligaciones de la familia está la prevención e información sobre los efectos nocivos del uso y el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, dentro del marco de la corresponsabilidad, donde participe activamente la sociedad y el Estado; por ejemplo, cuando se establece que los directivos y docentes de los establecimientos académicos y la comunidad educativa en general pondrán en marcha mecanismos para prevenir el tráfico y consumo de todo tipo de sustancias psicoactivas que producen dependencia dentro de las instalaciones educativas y solicitarán a las autoridades competentes acciones efectivas contra el tráfico, venta y consumo alrededor de las instalaciones educativas; otro caso es el de la Policía Nacional y en especial la Policía de Infancia y Adolescencia, que tiene dentro de sus funciones adelantar labores de vigilancia a fin de controlar el porte de estupefacientes y proceder a su incautación

posteriormente en este capítulo y en los Anexos. Al respecto, Pérez (2015) manifiesta que los consumidores no pueden ser objeto de sanciones penales, ya que “no todo consumidor es un adicto, no todo adicto es un delincuente y no todo consumidor tiene necesidad de tratamiento” (p. 79); igualmente, Monroy (2013, pp. 128-129), así como López y Gómez (2014, p. 113), cuestionan la aplicación de esta reforma, teniendo en cuenta que el uso de estas sustancias se ha incrementado, especialmente en los jóvenes, y se realiza en espacios públicos, consumo de la dosis personal que no acarrea ninguna sanción.

Ahora bien, mediante la sentencia C-574 de 2011 la Corte Constitucional estudia una demanda de inconstitucionalidad sobre la prohibición del porte y consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas establecida en el Acto Legislativo 2 de 2009, frente a la cual se declara inhibida para pronunciarse de fondo, ya que falta una identificación precisa de la proposición jurídica demandada en toda su integridad y suficiencia argumentativa. No obstante lo anterior, esta sentencia es importante en el sentido de la interpretación que se hace al Acto Legislativo 2 de 2009, integrando en sus exégesis la totalidad del artículo 49 de la Constitución Política y demás normas constitucionales, desde un enfoque histórico, sistemático, teleológico y literal.

En cuanto a la interpretación histórica¹⁹⁰, se revisa desde el momento en que fue radicada la iniciativa del proyecto en el Congreso de la República, los motivos para presentar la reforma, los debates que se surtieron (donde se modifican y se expresan objeciones de algunos congresistas, solicitando el archivo del proyecto), destacando lo siguiente:

En el primer debate realizado en la Comisión Primera de la Cámara de Representantes se citan sentencias como la T-684 de 2002 donde se considera que la persona que padece de

¹⁹⁰ Se propuso el inciso sexto y séptimo del artículo 49 de la C.P. en donde inicialmente se establecía lo siguiente:

“El porte y consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas está prohibido. Con fines preventivos y rehabilitadores, la ley establecerá medidas con carácter pedagógico, profiláctico o terapéutico para quienes consuman dichas sustancias. Por decisión de una instancia conformada por el sector salud y la rama judicial, estas medidas podrán estar acompañadas de limitaciones temporales al derecho a la libertad, y se harán efectivas en instituciones adaptadas para los fines propios de la prevención y la rehabilitación. Las limitaciones a la libertad que se llegaren a imponer, no implicarán de suyo la aplicación de penas de reclusión en establecimientos carcelarios.

Así mismo el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos”

drogadicción crónica necesita de los programas del Estado para lograr la rehabilitación según el artículo 47 de la C.P.; igualmente, en el segundo debate ante la Cámara de Representantes se considera que la Constitución Política debe limitarse a establecer la prohibición y las leyes a determinar las consecuencias de su transgresión, restringiéndolas a medidas pedagógicas, profilácticas o terapéuticas para los consumidores.

Por otro lado, insiste en señalar que el proyecto de reforma constitucional se enfoca en tratar a la drogadicción como un problema de salud pública, citando las sentencias T-684 de 2002 y T-760 de 2008, para considerarlo no solo como problema policivo sino como una enfermedad, donde se garantice al adicto o su familia, la atención médica y psicológica que demanda la farmacodependencia.

Dentro de los Congresistas que se opusieron al proyecto, solicitando su archivo, se destaca el representante ponente Jaime Enrique Durán Barrera¹⁹¹; posteriormente en el primer debate en el Senado Parmenio Cuéllar¹⁹² y Armando Bennetti¹⁹³; luego, los representantes a la Cámara Jaime Enrique Durán Barrera, Rosmery Martínez Rosales y River Franklin Legro Segura, que hacen alusión a lo dispuesto en la Sentencia C-221 de 1994 y la posición de la Sala Penal de la Corte Suprema de Justicia en Sentencia dentro del Proceso No. 31531 de 2009¹⁹⁴.

Se concluye en la interpretación histórica, que desde la despenalización del porte y consumo de sustancias estupefacientes y sicotrópicas con la Sentencia C-221 de 1994, los intentos de

¹⁹¹ Por cuanto el bien jurídico tutelado es la salud pública, considerando que esta no se ve afectada con el consumo de drogas, ya que sólo se atenta contra la salud individual; realiza la comparación con el consumo del alcohol y del tabaco, igualmente cita la Sentencia C-221 de 1994, para recalcar la prohibición de atentar contra la libertades individuales so pretexto de garantizar el derecho a la salud.

¹⁹² Al considerar que debería ser de manejo exclusivo de la ley y no de la Constitución Política; y en razón a que se legisla en forma excluyente *“ignorando en forma miope el consumo de otras sustancias que conlleven los mismos o aún mayores dimensiones del mismo problema”*.

¹⁹³ Por transgredir principios como la dignidad humana y la autonomía personal; así como el hecho que Colombia sea un país pluricultural con varias etnias donde utilizan sustancias alucinógenas; igualmente, manifiesta que las drogas presenta una política pública bipolar: el poder punitivo del Estado contra los narcotraficantes, por una lado, y asistencia a los adictos, por el otro; finalmente, desde una perspectiva económica considera que con la reforma se aumentarían los precios, sin que esto afecte la demanda del consumo de estupefacientes.

¹⁹⁴ Se explicó en dicha Sentencia que *“llevar consigo’ dosis personal o de aprovisionamiento de sustancias estupefacientes no es penalizable (...) el consumo de dosis mínima o autoconsumo se constituye en un comportamiento autodestructivo o de autolesión el cual incumbe los ámbitos exclusivos de la libertad de esa persona, es decir, a un fenómeno singular carente de antijuridicidad material (ausencia de lesividad) y que, por ende, no es punible”*.

reforma constitucional primero se dirigían al artículo 16 de la Constitución Política, y posteriormente al artículo 49 de la misma, con penas distintas a la privación de la libertad; después, con fundamento en el “Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Hogares de Colombia” realizado en el segundo semestre del 2008, se propone la reforma constitucional que da lugar a la aprobación del Acto Legislativo No 2 de 2009, al evidenciarse un aumento del consumo de estupefacientes y sustancias psicoactivas en Colombia y del “menudeo” o “microtráfico”¹⁹⁵.

Por otro lado, la interpretación sistemática consiste en determinar el significado de las normas constitucionales mediante la comprensión del ordenamiento constitucional como un todo, a partir de la comparación del precepto con la norma en la que se integra. Para el caso objeto de estudio se concreta en tres opciones hermenéuticas, al relacionar: 1) el apartado demandado con el resto del inciso sexto del artículo 49¹⁹⁶; 2) el inciso sexto con el contenido del artículo 49¹⁹⁷; y 3) el inciso sexto del artículo 49 con la Constitución¹⁹⁸.

Conforme a lo anterior, se concluye que la prohibición de porte y consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, debe relacionarse con el resto del inciso que establece sus consecuencias jurídicas, es decir, “el establecimiento de medidas y tratamientos administrativos con fines preventivos y rehabilitadores de índole pedagógico, profiláctico y terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias, previo el consentimiento informado del adicto.”

¹⁹⁵ Para Sáenz (2009, pp. 260-261), de acuerdo con las publicaciones de la Secretaría de Prensa de la Presidencia (2009), los principales argumentos en los que se fundamentó este proyecto, consistían: 1- Colombia se convirtió en un país productor y consumidor debido al aumento del uso de drogas causado por la despenalización, incrementándose el narcoturismo y por tanto, generando un mala imagen del país a nivel internacional; 2- la guerra contra las drogas no tendrá éxito si se mantiene la condescendencia con el consumo; 3- para debilitar la fuente de ingresos del crimen organizado, se debe apuntar a la estrategia de los narcoterroristas que se acogen a la dosis mínima para evadir la justicia; 4- Los daños que ocasiona el consumo a niños, jóvenes y familia (limitándolas, por cuanto no se pueden someter al drogodependiente a un tratamiento sin su consentimiento).

¹⁹⁶ Se aclara que el “consentimiento informado del adicto”, es una circunstancia que debe tener en cuenta el legislador cuando reglamente éste artículo.

¹⁹⁷ Se concluye que la prohibición del porte y consumo de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, así como el sometimiento a medidas administrativas de orden pedagógico, profiláctico y terapéutico con el consentimiento informado del adicto, corresponden con el deber de procurar el cuidado integral de la salud de la persona y de la comunidad, contenido en el inciso quinto del artículo.

¹⁹⁸ Se determina que está incluido en el derecho a la salud, relacionado con otros derechos consagrados en la Carta Política como son la dignidad y la vida, inclusive con el deber de toda persona de “Respetar los derechos ajenos y no abusar de los propios” consagrado en el numeral 1º del artículo 95.

Con la interpretación teleológica, se busca identificar la finalidad o el objetivo de la norma; en el caso objeto de estudio, con la reforma no se pretendió penalizar la dosis personal, sino prohibirla y auxiliar a quienes sufren su adicción, cuidando de la salud de la persona y de la comunidad.

Finalmente, con la interpretación literal o semántica, se definen conceptos tales como “portar”, “consumir”, “estupefacientes”, “sustancias sicotrópicas”, prohibición”, “penalización”, “pedagógico”, “profiláctico”, “terapéutico”, “consentimiento informado”, “adicto”, “farmacodependencia o drogadicción”, para reiterar que la prohibición se limita a los fines preventivos y rehabilitadores, así como al consentimiento informado.

Por tanto, luego de analizar el apartado demandado desde una interpretación histórica, sistemática, teleológica y literal, la Corte concluye que la prohibición no es de carácter absoluto. Por otro lado, es importante señalar que frente a la estudiada sentencia se presenta una aclaración parcial de voto por parte del Magistrado Humberto Antonio Sierra Porto¹⁹⁹, un salvamento de voto del Magistrado Mauricio González Cuervo²⁰⁰ y dos aclaraciones de voto de los Magistrados Jorge Iván Palacio Palacio²⁰¹ y Nilson Pinilla Pinilla²⁰².

¹⁹⁹ Al respecto dice: “Como lo he sostenido de tiempo atrás, la implementación de la teoría de los “límites competenciales del poder de revisión” o teoría de “inconstitucionalidad por sustitución”, como también es denominada, implica realmente un control material de las reformas constitucionales, por lo tanto esta modalidad de examen escapa del ámbito de competencias de esta Corporación, que, según lo establece el art. 241.1 de la Constitución, sólo puede circunscribirse a los vicios de procedimiento en la formación de los actos reformativos de la Constitución. Cuando la Corte hace un juicio de sustitución se esta extralimitando en sus competencias o funciones, siendo ella misma la que incurre en un vicio de competencia.”

²⁰⁰ Se pronuncia así: “Contrario a lo que concluyó la mayoría, la acusación dirigida contra el artículo 1º -parcial-, del Acto Legislativo 2 de 2009 si estructuraba un cargo susceptible de ser resultado (sic) por la Corte, por cuanto la proposición jurídica demandada era completa, siendo la censura frente a una prohibición genérica al consumo y porte de estupefacientes y su incompatibilidad con el principio de autonomía personal”. Por otro lado, indica que: “Son tan autónomas normativamente entre sí la expresión demandada y las antes citadas, que es factible que una y otras subsistan en el ordenamiento sin la existencia de la restante; esto es así, pues la prohibición genérica al porte y consumo no requiere medidas o tratamientos administrativos para realizarse, ni mucho menos las medidas o tratamientos administrativos podrían considerarse política y jurídicamente admisibles, sólo existiendo una prohibición frente a las drogas.”

²⁰¹ Presenta observaciones de orden metodológico, resumidos en: 1- Falta de correspondencia entre el problema jurídico y la decisión. 2- Improcedencia de la integración oficiosa de la proposición jurídica completa. 3- Necesario no solo hacer una reconstrucción argumentativa de la demanda, sino demostrar por qué las razones expuestas por los ciudadanos resultaban insuficientes a la luz de los requisitos fijados por la jurisprudencia constitucional 4- Considera que una interpretación semántica, histórica, teleológica y sistemática del Acto Legislativo 2 de 2009 permitía dejar en claro, de una vez por todas, que desde ninguna de esas perspectivas la prohibición al porte y consumo de sustancias sicotrópicas para efectos personales (dosis personal), con o sin prescripción médica, puede dar lugar a la imposición de sanciones policivas o penales.

Por otro lado, mediante la sentencia C-882 de 2011 esa misma Corporación se pronunció nuevamente frente a la inconstitucionalidad del Acto Legislativo 2 de 2009, realizando la exégesis histórica, teleológica y sistemática, para concluir que no requería de consulta previa, en razón a que:

“(i) el acto legislativo solamente proscribe el uso y consumo de sustancias estupefacientes y sicoactivas con el fin de prevenir y atacar la drogadicción como enfermedad y problema de salud pública²⁰³; y (ii) en todo caso, la prohibición no es aplicable dentro de los territorios indígenas ni a los miembros de las comunidades cuando el porte y consumo está asociado con prácticas ancestrales, pues el artículo 49 superior, sobre el derecho a la salud y en el que se insertó la reforma, no hace parte de los derechos que limitan la autonomía de las comunidades indígenas”

Posteriormente, mediante sentencia C-491 de 2012 la Corte Constitucional, declara la exequibilidad condicionada sobre tráfico, fabricación o porte de estupefacientes, en relación con el artículo 376 de la Ley 599 de 2000 (Código Penal), modificado por el artículo 11 de la Ley 1453 de 2011, “en el entendido de que no incluye la penalización del porte o conservación de dosis, exclusivamente destinada al consumo personal, de sustancia estupefaciente, sicotrópica o droga sintética, a las que se refiere el precepto acusado”. Así mismo se aclaró que:

“No obstante, acogiendo el planteamiento de la Sala de Casación Penal de la Corte Suprema de Justicia consignado en la sentencia 29183 de 2.008, la Corte deja en claro que cuando el porte o la conservación recae sobre sustancia estupefaciente sicotrópica o droga sintética, en cantidades comprendidas incluso dentro de la categoría de dosis personal, pero

²⁰² Indica que “Este tribunal no puede cumplir su función de guardar la integridad y supremacía de la Constitución Política asumiendo funciones distintas a las textualmente listadas en sus artículos 241 y 374 a 379, como ocurre precisamente con el control a los vicios de competencia, no enunciado expresamente dentro de las facultades de esta Corte.

(...) la notoria ineptitud de la demanda, punto en el cual coincido, sino también a la consideración de que, en razón a la ausencia de una específica atribución constitucional en ese sentido, la Corte carece de competencia para resolver sobre cuestionamientos de ese tenor.”

²⁰³ Haciendo referencia a la sentencia C-574 de 2011.

destinadas no al propio consumo sino a la comercialización, tráfico, e incluso a la distribución gratuita, la conducta será penalizada toda vez que tiene la potencialidad de afectar, entre otros bienes jurídicos, el de la salud pública. En consecuencia, el condicionamiento que se inserta en la parte resolutive de esta decisión deja intacta la posibilidad de que se penalicen las conductas consistentes en “vender, ofrecer, financiar y suministrar”, con fines de comercialización, las sustancias estupefaciente, sicotrópicas o drogas sintéticas, de que trata el artículo 376 del Código Penal, en cualquier cantidad.”

Igualmente, este fallo hace alusión al alcance de la prohibición del artículo 49 de la Constitución, para aclarar que “no conlleva a su penalización.”, sino que las medidas y tratamientos administrativos “lejos de ubicarse en el ámbito represor y punitivo del derecho penal, son desarrollo del deber de procurar el cuidado integral de la salud de la persona y de la comunidad, contenido en el inciso quinto de la misma disposición.” En tal sentido, el Estado y los particulares, bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, deben garantizar la atención al drogodependiente y a su familia, promoviendo la recuperación por medio de tratamientos, previo consentimiento informado, así como implementar campañas constantes de prevención contra el consumo de drogas.

Esta sentencia²⁰⁴, se fundamentó en la decisiones proferidas por la Sala de Casación Penal de la Corte Suprema de Justicia en sentencia 29183 de 2008, procesos 23609 de 2007, 28195 de 2008, 31531 de 2009 y 35978 de 2011, e igualmente en las sentencias C-221 de 1994, C-420 de 2002, C-574 de 2011 y C-882 de 2011 de la Corte Constitucional.

Lemaitre y Albarracín (2011, pp. 245-246) hacen alusión a las sentencias proferidas por la Sala de Casación Penal de la Corte Suprema de Justicia dentro de los Procesos No 29183 y

²⁰⁴ El Magistrado Gabriel Eduardo Mendoza Martelo presentó salvamento parcial de voto frente a la sentencia, en los siguientes términos: “El condicionamiento según el cual, de la norma cuestionada (artículo 11 de la Ley 1453 de 2011) debe excluirse la penalización de la dosis de sustancia estupefaciente exclusivamente destinada al consumo personal, no debió incluirse en la parte resolutive por cuanto podría dar al traste con la efectividad de las medidas derivadas de la prohibición que del “porte” y “consumo” de sustancias estupefacientes estableció el artículo 49 de la Constitución y el Acto Legislativo 1 de 2009, mediante el cual se pretende combatir el flagelo social generado por el incremento excesivo de los niveles de adicción que registra la población colombiana en los últimos tiempos. Se imponía como única decisión válida la declaratoria de exequibilidad pura y simple, bajo el entendido de que, la norma, en realidad, sí penalizó la dosis personal no destinada al consumo propio sino a la comercialización o a la distribución gratuita, perspectiva bajo la cual, según el “derecho viviente”, no ameritaba cuestionamiento alguno.”

31531, del 18 de noviembre de 2008 y del 8 de julio de 2009, respectivamente. Señalan estos autores que en estas decisiones se restringe la penalización del porte de estupefacientes en el caso de consumo personal, así se exceda en la dosis permitida en la Ley 30 de 1986, haciendo referencia al término “dosis de aprovisionamiento”, cuando es mayor a la dosis personal con el fin de usarla en un período extendido; en tal sentido, para establecer si una conducta ésta relacionada con el narcotráfico se debe precisar si las personas tienen o no el propósito de vender y distribuir las drogas, sin importar su cantidad²⁰⁵, reservando el derecho penal para casos de especial gravedad y no para conductas reprochables socialmente. No obstante lo anterior, se restringe su uso en lugares públicos²⁰⁶.

Frente a este último punto, Lemaitre y Albarracín (2011, pp. 254, 259-261) señalan que en cuanto a las medidas que toma la Policía de forma discrecional frente a consumidores de dosis personal, se destacan la amonestación, retención transitoria y el decomiso de la droga²⁰⁷; también resaltan que la retención se aplica en mayor medida a poblaciones marginales como los habitantes de las calles y los hombres jóvenes de estratos bajos reunidos en espacios públicos²⁰⁸, recalcando que ésta medida rara vez se aplica a las personas de los estratos altos;

²⁰⁵ Señalando que este criterio se puede aplicar cuando la Fiscalía remite al capturado a un médico legista a fin de comprobar si es o no un consumidor (Lemaitre y Albarracín, 2011, p. 246)

²⁰⁶ Conforme lo establece la Ley 745 de 2002, guardando coherencia con lo señalado en la C-221 de 1994; sin embargo, Lemaitre y Albarracín (2011, pp. 246-248) consideran que ésta norma es inaplicable por falta de procedimiento, teniendo en cuenta la decisión proferida por la Corte Constitucional mediante sentencia C-101 de 2004, donde se declara inexecutable las expresiones "con sujeción al procedimiento previsto para las contravenciones especiales en los artículos 21, inciso primero, 22, 23, 24 y 26 de la Ley 228 de 1995, que para este efecto conservará su vigencia", que hacen parte del artículo 5 de la Ley 745 de 2002. Por tanto, consideran que únicamente es aplicable la Ley 1098 de 2006 “Código de la Infancia y la Adolescencia” y en la capital del país el Decreto 411 de 2008 "Por el cual se establecen restricciones especiales al consumo de estupefacientes, sustancias psicoactivas y tóxicas, en el Distrito Capital de Bogotá, y se dictan otras disposiciones", haciendo claridad que de las normas vigentes hasta el 2010 no es procedente la captura de los consumidores de drogas en espacio público, sólo sería viable la retención transitoria cuando existe sospechas de que ha cometido un delito o cuando representa un peligro para sí misma o para la sociedad por el alto grado de alteración en el que se encuentra.

²⁰⁷ Lemaitre y Albarracín (2011, p. 255), indican que los policías en Bogotá suelen referirse a los artículos 146 y 147 Código de Policía de Bogotá, normatividad semejante a los artículos 186, 192 y 207 del Código Nacional de Policía

²⁰⁸ Sobre la retención transitoria, Lemaitre y Albarracín (2011, p. 255) hacen alusión a la Sentencia C-720 de 2007, proferida por la Corte Constitucional, en la cual se dispuso: “La Corte ha entendido que la retención transitoria es una medida de protección destinada a prevenir que una persona que se encuentra en estado de transitoria incapacidad (ebriedad) o de grave, notoria y violenta exaltación, pueda cometer actos que afecten sus propios derechos o derechos de terceros. En este sentido, la medida estudiada tiene dos finalidades: busca proteger tanto al individuo que se encuentra en estado de transitoria incapacidad o de extrema excitación, como a terceras personas del peligro que podría suponer un comportamiento agresivo o simplemente descontrolado de una persona en tales circunstancias. Si la retención transitoria persigue proteger a todos los ciudadanos frente a las eventuales amenazas que para su vida, integridad y otros bienes constitucionalmente protegidos pudieran derivarse de la libre circulación de otras personas en estado de embriaguez o en estado de grave excitación en el que se pueda cometer inminente infracción penal, tal finalidad no sólo no resulta contraria sino que encuentra sustento en un mandato constitucional expreso. La segunda

por tanto, estos autores recomiendan para el diseño de políticas públicas: 1- Más estudios empíricos que evidencien las relaciones de las autoridades con los consumidores, así como la aplicación de las normas; 2- Políticas integrales que abarquen la integración social y rehabilitación, sin enfocarse en la represión.

Igualmente, resulta evidente la importancia de garantizar el derecho fundamental de la salud mental, considerada como tal debido a su relación directa con la dignidad humana, y por tanto objeto de protección mediante la acción de tutela. Al respecto, la Corte Constitucional mediante sentencia T-355 de 2012, concede el amparo de los derechos fundamentales a la vida digna, a la salud mental, a la integridad física y a la seguridad social, ordenando a una EPS la autorización de internamiento en una comunidad terapéutica al accionante, en donde se le preste asistencia psiquiátrica para el tratamiento de dependencia y abuso de sustancias psicoactivas, que comprenda la etapa de desintoxicación, deshabitación y reinserción, brindándole condiciones óptimas para su recuperación. En dicho pronunciamiento, es indudable el impacto que tiene esta enfermedad en la sociedad y en el núcleo familiar de quien la padece. En el mismo sentido se destaca la sentencia T-796 de 2012, mediante la cual se autorizó todo el tratamiento de rehabilitación, idóneo, continuo y eficaz, para superar la adicción a las sustancias psicoactivas, en un centro o entidad que cuente con la experiencia y capacidad necesaria para prestar este tipo de servicio. A su turno, en las sentencias T -497 de 2012 y T-578 de 2013 se establece que el tratamiento para la drogadicción no se encuentra excluido en su totalidad del POS; se insiste en el consentimiento libre e informado del paciente y el principio de continuidad en la prestación del servicio de salud a personas farmacodependientes.

Por tanto, se evidencia de las consideraciones de la jurisprudencia, la remisión a la Ley 30 de 1986, en el sentido de señalar que el tratamiento y la rehabilitación del farmacodependiente deben conducir a su reincorporación como persona útil a la sociedad, y la obligación del

de las finalidades perseguidas – la protección de los derechos e intereses del propio sujeto transitoriamente incapaz o excesivamente exaltado respecto de sus propios actos -, también aparece como constitucional. Sin embargo, en este caso la necesidad sólo será una necesidad imperiosa cuando se trata de proteger de sus propios actos a personas que aún no han adquirido la suficiente independencia de criterio (como los menores), o que se encuentran en situaciones (temporales o permanentes) de debilidad de voluntad o de incapacidad, hasta el punto en el cual puede razonablemente sostenerse que no tienen conciencia o capacidad para actuar de conformidad con sus verdaderos intereses.”

Ministerio de Salud para incluir dentro de sus programas la prestación de servicios en prevención, tratamiento y rehabilitación²⁰⁹.

Ahora bien, con la expedición de la Ley 1566 de 2012, se reconoce “que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos.” (Artículo 1), declara estas conductas como enfermedades que requieren de atención integral por parte del Estado, y necesita para la prestación del servicio el consentimiento informado del consumidor, el cual podrá ser revocado en cualquier momento. También ordena que en el plazo de 12 meses se incorpore en los planes de beneficios todas las intervenciones y medicamentos necesarios para una atención integral. Así mismo, determina que el Gobierno Nacional diseñará las políticas que promuevan un estilo de vida saludable y prevengan el consumo de drogas, señalando que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las entidades territoriales deben desarrollar dichas estrategias; de igual manera, a la Procuraduría General de la Nación se le asigna la función de vigilar la ejecución de la ley, presentando un informe anual a las Comisiones Séptimas Constitucionales del Congreso de la República. Para Mejía (2015) es posible resaltar:

“Este nuevo marco que se complementa con la línea de recobrar la Atención Primaria en Salud como buena práctica y fundamento de las acciones en salud, la rehabilitación basada en la comunidad, así como la integración de las lógicas de los “determinantes sociales de la salud” y el concepto de vulnerabilidad que da fundamento a la *Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto*, se constituyen en avances importantes para consolidar una plataforma de acción coherente con lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha llamado la reducción de las brechas de la atención en temas de salud mental, responsables del 14 % de la carga de morbilidad en el mundo, siendo el consumo de sustancias uno de los más prevalentes (OMS, 2010)”²¹⁰ (pp. 46-47)

²⁰⁹ Ver Sentencia de la Corte Constitucional T-578 de 2013 M. P. Alberto Rojas Ríos y artículos 2, 84 y 85 de la Ley 30 de 1986.

²¹⁰ Citando a Organización Mundial de la Salud OMS (2010). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de la atención de la salud no especializada. En: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf (consultado en septiembre de 2013).

Por otro lado, es importante destacar la Ley Estatutaria 1751 de 2015, mediante la cual se establece que la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable, que incluye como elementos esenciales la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional. En tal sentido establece las obligaciones del Estado (dentro de las cuales se encuentra diseñar políticas que garanticen para todas las personas la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación), así como los derechos y obligaciones de las personas, destacando dentro de éstas últimas “a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad; b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención; c) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas” (artículo 10).

Al respecto, la Sala de Prensa de la Presidencia de la República publicó el 16 de febrero de 2015, el “ABC sobre la Ley Estatutaria para la Salud” elaborado por el Ministerio de Salud, donde se indica que esta ley “implica el reconocimiento social de un derecho esencial para garantizar la dignidad humana y la igualdad de oportunidades de los ciudadanos.” (párr. 1 del punto 2); lo cual se logró mediante un acuerdo entre los ciudadanos y las ramas del poder público (párr. 2 del punto 2).

En relación a la reciente regulación del uso médico y científico del cannabis en Colombia, se destacan:

1- El Decreto 2467 del 22 de Diciembre de 2015²¹¹, mediante el cual el Presidente de la República, junto con los Ministerios de Salud y Protección Social, Agricultura y Desarrollo Rural, y Justicia y del Derecho, reglamenta “el cultivo de plantas de cannabis, la autorización de la posesión de semillas para siembra de cannabis, el control de las áreas de cultivo, así como los procesos de producción y fabricación, exportación, importación y uso de éstas y sus derivados, **destinados a fines estrictamente médicos y científicos**” (artículo 1, negrilla fuera

²¹¹ Para profundizar en el debate del Decreto, véase el Foro “Producción, comercialización y consumo de marihuana en Colombia” realizado en la Universidad de los Andes, en <http://www.uniandes.edu.co/noticias-transmisiones-canal-video/68-t-transmisiones/2652-marihuana-medicinal-lo-que-implica-su-aprobacion-en-colombia>.

del texto original), lo anterior con el fin garantizar la salud pública, ciencia y medicina en el país, así como regular los artículos 3, 5, 6 y 8 de la Ley 30 de 1986.

Posteriormente, el Ministerio de Salud y Protección Social expide las Resoluciones No. 485 del 19 de febrero de 2016²¹² y No. 1816 del 12 de mayo de 2016²¹³, así como el Decreto No. 780 del 6 de mayo de 2016²¹⁴, que complementan, desarrollan y reiteran lo enunciado en el Decreto 2467 de 2015.

En este punto, es importante mencionar que el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), mediante comunicado del 31 de marzo de 2016, informa que “aprobó la evaluación farmacológica de seguridad y eficacia al producto SATIVEX, que tiene como principio activo extractos de Cannabis sativa, y que permitiría en unos seis meses entregar registro sanitario para su comercialización en Colombia por el laboratorio Biopas S.A.” (párr. 1)²¹⁵

2- La Ley 1787 del 6 de julio de 2016, mediante la cual se reglamenta el Acto Legislativo 2 de 2009, cuya finalidad es regular el acceso al uso médico y científico del cannabis de forma segura e informada, señala que el Estado controlará el cultivo, producción, fabricación, adquisición, importación, exportación, almacenamiento, transporte, comercialización,

²¹² “Por la cual se modifica la Resolución 1478 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, para adicionar modalidades de inscripción de la producción, fabricación, exportación e investigación de producto derivados del Cannabis con fines medicinales y científicos.”, adicionando un párrafo al artículo 12 de la Resolución 1478 de 2006, en el sentido de exigir a los interesados en estas actividades, la inscripción en la Unidad Administrativa Especial Fondo Nacional de Estupefacientes.

²¹³ “Por medio de la cual se definen los requisitos generales y especiales de la Licencia para la Producción y Fabricación de derivados de Cannabis”

²¹⁴ “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”, presenta en los artículos 2.8.11.1.1 y ss. (capítulos 1 a 6 del Título 11 de la Parte 8 del Libro 2), las disposiciones contempladas en el Decreto 2467 de 2015.

²¹⁵ En este comunicado también se aclara que el mencionado producto “que es fabricado por el laboratorio farmacéutico inglés GW Pharma Ltda., está indicado en el tratamiento coadyuvante de la espasticidad moderada o grave por esclerosis múltiple que no ha respondido de forma adecuada a otros medicamentos anti espásticos” (párr. 2), así como “contraindicado en mujeres lactantes, pacientes con hipersensibilidad a los cannabinoides o a alguno de los excipientes, pacientes con antecedentes personales o familiares de esquizofrenia u otras enfermedades psicóticas y pacientes con trastornos graves de la personalidad u otros trastornos psiquiátricos importantes distintos de la depresión asociada a la enfermedad subyacente.” (párr. 3), finalmente, advierte que su comercialización se debe realizar únicamente con fórmula médica y está sometida al control especial del Fondo Nacional de Estupefacientes (párr. 4). Para mayor información, consultar el Acta No. 03 de 2016 en https://www.invima.gov.co/images/pdf/salas-especializadas/Sala_Especializada_de_Medicamentos/2016/ActaNo03de2016SEMPB.pdf

distribución, uso y posesión de las semillas de cannabis, del cannabis, de sus derivados y de los productos que lo contengan; en tal sentido, asigna a los Ministerios de Justicia y del Derecho, de Salud y Protección Social, y de Agricultura y Desarrollo Rural, la reglamentación de dichas actividades, que comprende entre otros, la expedición de licencias, seguimiento y evaluación, fijación de tarifas (conforme al sistema y método de cálculo establecido en el artículo 9), imposición de sanciones (como la suspensión de la licencia y multas). Al respecto, señala un término de dos años para que el Gobierno nacional expida la reglamentación.

Así mismo, asigna al Ministerio de Educación Nacional y a la Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, la promoción de estilos de vida saludables para prevenir el consumo de SPA, en niños, niñas y adolescentes, mediante la divulgación y comprensión de las consecuencias del uso de estas sustancias. En cuanto al consentimiento informado, establece en el caso de pacientes menores de edad, la información emitida por el médico tratante a los padres o tutores sobre riesgos o beneficios del uso medicinal del cannabis, previa autorización o negativa de su empleo.

Por otro lado, brinda protección a la mano de obra local, a la industria e iniciativas nacionales, así como a los pequeños y medianos cultivadores, productores y comercializadores nacionales de cannabis medicinal. Igualmente, adiciona un inciso a los artículos 375, 376 y 377 de la Ley 599 de 2000, para exonerar de las sanciones penales cuando se tengan las licencias otorgadas para el uso médico y científico del cannabis.

Finalmente, establece que en caso de existir una normatividad vigente al momento de expedir esta ley, que defina condiciones de licenciamiento, se otorga un año para que las personas naturales y jurídicas que tengan licencias o que estén en proceso de obtenerlas, cumplan con todos los requisitos exigidos por la ley y su reglamentación.

Por último, es válido mencionar al reciente Código Nacional de Policía y Convivencia (Ley 1801 del 29 de julio de 2016), que contempla los comportamientos relacionados con SPA que afectan la tranquilidad y relaciones respetuosas de las personas, al igual que la convivencia en los establecimientos educativos y la integridad de los niños, niñas y adolescentes, así como los

que ponen en riesgo la vida e integridad de las personas en aglomeraciones, también los que atenta contra la actividad económica, igualmente al cuidado e integridad del espacio público, junto con las medidas correctivas (artículos 33, 34, 38, 59, 74, 92, 134 y 140)

Es importante destacar la expresa prohibición a los niños, niñas y adolescentes de “Comercializar, distribuir, tener, almacenar, portar o consumir sustancias psicoactivas o tóxicas, alcohólicas o demás sustancias estimulantes que puedan afectar su salud o que produzcan dependencia, que estén restringidas para menores de edad” (artículo 39), para lo cual señala como medidas correctivas la amonestación (menores de 16 años) y participación en programa comunitario o actividad pedagógica de convivencia (mayores de 16 años), así como la protección y restablecimiento de derechos.

También establece una atención integral a la población habitante de y en calle, determinado que “La Policía Nacional deberá trasladar en el término de la distancia a los hogares o centros de atención que el ente territorial tenga dispuesto para dicho efecto, a los ciudadanos habitantes de y en calle que se encuentren bajo el efecto de sustancias psicoactivas que les vulneren su voluntad y que generen alteración de la convivencia afectando los derechos de los demás ciudadanos.” (parágrafo 3 artículo 41).

Igualmente contempla la potestad de la Policía para trasladar a una persona que se encuentre en riesgo o peligro su vida e integridad o la de terceros “Cuando deambule en estado de indefensión o de grave alteración del estado de conciencia por aspectos de orden mental, o bajo efectos del consumo de bebidas alcohólicas o sustancias psicoactivas o tóxicas, cuando el traslado sea el único medio disponible para evitar el riesgo a la vida o integridad de la persona o los terceros.” (artículo 155)²¹⁶ o el registro de personas y bienes, para establecer que no lleve drogas ilícitas (artículo 159).

²¹⁶ Al respecto, el parágrafo 2 aclara que “Antes del traslado y como primera medida, la autoridad de policía entregará la persona a un allegado o pariente que asuma la protección; en la ausencia de éstos, se trasladará la persona a un centro asistencial o de protección, de salud u hospital o a un lugar especialmente destinado para tal fin por la administración municipal, según sea necesario, o, en cuanto fuera posible, se intentará llevarla a su domicilio. En ningún caso se hará traslados a sitios destinados a la privación de libertad y la duración del mismo no podrá ser mayor a doce (12) horas. Es deber de las Alcaldías definir el lugar al que pueden ser enviadas las personas, separadas en razón del sexo. En el centro asistencial o de protección deberá hacer presencia un representante del Ministerio Público.”; así mismo el parágrafo 4 determina que “La autoridad de policía permitirá a la persona que va a ser

En conclusión, se destaca dentro de la normatividad creada a partir de la expedición del Acto Legislativo 2 de 2009: la Ley 1453 de 2011 sobre Seguridad Ciudadana²¹⁷, la Ley 1566 de 2012²¹⁸, la Ley 1616 de 2013²¹⁹, la Ley Estatutaria 1751 de 2015²²⁰, y finalmente la Ley 1787 de 2016 y el Código Nacional de Policía y Convivencia. Lo anterior, por pretender garantizar el derecho fundamental a la salud de forma integral, así como profundizar en la rehabilitación y resocialización de los consumidores con especial énfasis en los que presentan adicciones, y finalmente, por abordar y reglamentar sobre los fines médicos y científicos que pueden presentar el cannabis.

4. POLÍTICAS PÚBLICAS: SUS DIVERSOS ENFOQUES FRENTE AL FENÓMENO DE LAS DROGAS

Después de presentar la evolución y las principales características del régimen jurídico colombiano sobre el consumo de drogas, conviene ahora identificar cuáles son las Entidades que se ocupan de la prevención y tratamiento de este fenómeno, analizando las funciones que les están asignadas. Igualmente, se hace necesario estudiar las particularidades de las políticas desarrolladas por los gobiernos nacionales, desde la presidencia de César Gaviria (por cuanto en su mandato se promulgó la Constitución Política de 1991 y se profirió la sentencia C-221 de 1994), hasta el actual gobierno del presidente Juan Manuel Santos, así como las políticas

trasladada comunicarse con un allegado o con quien pueda asistirlo para informarle, entre otras cosas, el motivo y sitio de traslado. Si la persona no tiene los medios para comunicarse, la autoridad se los facilitará. Si se niega a informar a otra persona o no es factible hacerlo, se enviará copia de inmediato del respectivo informe escrito al Ministerio Público.” y finalmente el parágrafo 5 señala “Cuando se trate de un traslado por alteración del estado de conciencia, porque la persona se encuentra bajo el efecto del consumo de bebidas alcohólicas o sustancias psicoactivas o tóxicas **no podrá ser trasladada por el simple hecho de estar consumiendo sino que deben existir motivos fundados y el agente de policía con fundamento en el principio de proporcionalidad determinará si existen las razones objetivas previstas en este Código.**” (negrilla fuera de texto).

²¹⁷ “Por medio de la cual se reforma el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal, el Código de Infancia y Adolescencia, las reglas sobre extinción de dominio y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad”: En relación a la asistencia y rehabilitación de adolescentes, establece que los Centros de Atención Especializada contarán con programas pedagógicos y de rehabilitación para los adolescentes internados en ellos y que tengan problemas de drogadicción. Estos programas estarán a cargo de profesionales especializados y quienes deberán brindar todos los elementos para la recuperación y resocialización del adolescente.

²¹⁸ Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias” psicoactivas.

²¹⁹ Por medio de la cual se expide la ley de salud mental.

²²⁰ Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.

implementadas por el gobierno distrital de la ciudad de Bogotá en cabeza del exalcalde Gustavo Petro. El análisis de las políticas públicas aborda el estudio del contenido, la razón de su formulación (resolver los interrogantes de cuándo, cómo, por qué y para quién), el seguimiento y la evaluación (Parsons, 2007, pp. 89-90).

Ahora bien, la noción de políticas públicas implica un contexto colectivo que requiere la intervención gubernamental o social (Parsons, 2007, p. 37), definida por Velásquez (2009) como “un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener.” (p. 156).

Beuchot (2005, pp. 103-105) al analizar la obra de Santo Tomás de Aquino “Del gobierno de los príncipes”, destaca que el tipo de gobierno es una elección racional mediante un pacto social entre los ciudadanos; al respecto, señala que el fin de un gobernante es promover las virtudes en sus súbditos para alcanzar en su Estado la felicidad. En cuanto al multiculturalismo y globalización que se vive actualmente, resalta a la ética, el bien común y la justicia con el objetivo de salvaguardar a los más débiles; en este punto, aclara que el bien común constituía una finalidad en la antigüedad y en la edad media, pero que en la modernidad prevalecía la legitimidad de un Estado (su origen legal) sobre la justicia, sin embargo señala que en el presente reaparece la importancia del bien común y concluye “lo cual se muestra en la vuelta de la conexión de la moral con la política, cosa que se da en la tardomodernidad o posmodernidad, después que la modernidad se empeñó tanto en separarlas.” (p. 108).

En cuanto a la relación de la justicia con el bienestar social, aclara Hart (1998) que “Muy pocos cambios sociales o normas jurídicas son satisfactorios para todos los individuos por igual o promueven el bienestar de todos por igual. Sólo las normas que proveen a las necesidades más elementales (protección policial, construcción de caminos, etc.), se aproximan a ello.” (p. 207), en tal sentido, destaca la importancia de considerar previa e imparcialmente los intereses de toda la población (p. 208).

Respecto de la intervención colectiva y organizada de los consumidores (particularmente de marihuana), con el fin de transformar la actual política (cambiar el prohibicionismo por la legalización), se destacan como sus fundamentos, garantizar el derecho al libre desarrollo de la personalidad y limitar la intervención del Estado en el ámbito íntimo de las personas; con esto se prevé una alternativa para debilitar los ingresos del narcotráfico y su influencia político-social, así como abogar que el Estado asegure una democracia que respete la pluralidad (Restrepo, 2013, p. 78). En tal sentido, la política pública debe garantizar el ejercicio de las personas en lo social, político y cultural, mediante la participación, la corresponsabilidad, el desarrollo de oportunidades y capacidades (Mejía en los Documentos Técnicos, 2015, p. 50).

Por otro lado, la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia en su Informe Final de 2015 (pp. 26-27), considera que las políticas que afrontan los problemas asociados con el consumo de drogas no son las adecuadas, teniendo en cuenta que: 1- En prevención el Estado se ha limitado a realizar campañas descontextualizadas de radio y televisión publicando el lema de “un país libre de drogas”, conforme lo expone Pérez (2015, p. 82); 2- En relación al tratamiento, pese a la existencia de al menos 484.000 personas que lo necesitan²²¹, el Estado sólo tiene capacidad de atención tipo residencial a una de cada mil personas y tipo ambulatorio no alcanza el 5%; 3- En cuanto a reducción del daño, las evaluaciones no son concluyentes, necesitando acciones específicas y estables que sean ejecutadas por entidades especializadas. De lo anterior se deduce, que los Gobiernos no han apreciado al consumo de drogas como un tema prioritario, pese a que perjudica a muchas personas, especialmente a menores de edad.

En tal sentido, Pérez (2015, pp. 82-83) presenta dentro de su diagnóstico en la reducción de la demanda, que: 1- Las políticas nacionales no tienen repercusión por falta de inversión, 2- Atraso en la atención del problema de consumo de drogas, 3- Falta asignación de recursos para evaluar las dimensiones del problema y las intervenciones, 4- Inexistencia de estabilidad en las estructuras del Estado que garantice la continuidad en las acciones (normas, instituciones,

²²¹ Según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia - 2013, elaborado por el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social (2014, pp. 15 y 70)

personal especializado y recursos asignados). Conforme a lo anterior, es necesario crear políticas de Estado que fijen objetivos realistas, tengan fundamento político, normativo y financiero, formando así legitimidad y visibilidad para garantizar los recursos necesarios, una fuerte estructura institucional, cubrir a todo el país y a la población afectada de manera oportuna, constante, integral y cualificada (Mejía, 2015, p. 42).

4.1. PRINCIPALES ENTIDADES GUBERNAMENTALES

Antes de hacer una breve descripción de los diversos enfoques de las políticas desarrolladas por los sucesivos gobiernos, tanto a nivel nacional como en la ciudad de Bogotá, conviene hacer mención a las principales instituciones estatales que se ocupan del consumo de sustancias estupefacientes:

Ministerio de la Salud y Protección Social: se establece en el artículo 85 de la Ley 30 de 1986, “Estatuto Nacional de Estupefacientes”, que este organismo deberá incluir dentro de sus programas, la prestación de servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación de farmacodependientes; en el mismo sentido, la Ley 1566 de 2012 en su artículo 10 le señala la función de “realizar el seguimiento y evaluación de impacto de la Política Pública de Salud Mental y la Política de Reducción del Consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, así como la formulación, los criterios, y los estándares de calidad de las instituciones Prestadoras de Servicios de salud de carácter público o privado a nivel nacional y territorial que ofrezcan servicios de atención integral al consumidor de sustancias psicoactivas y tratamientos, a fin de garantizar la integralidad, los estándares de calidad y el respeto de la dignidad y los Derechos Humanos de las personas sujetas de atención.”

Mediante la Resolución No. 2003 de 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social, define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, previendo entre los servicios de salud la internación hospitalaria, la internación parcial, atención ambulatoria y atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas (p.15)

Por otro lado, en el artículo 6 de la Ley 1438 de 2011 se asignó al Ministerio de la Protección Social elaborar un Plan Decenal de Salud Pública en el cual se agrupan las políticas sectoriales a fin de optimizar la salud de las personas, incluyendo la salud mental. El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, dentro de la dimensión denominada “convivencia social y salud mental”, propone dentro del componente “Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia”, la siguiente meta: “A 2021 aumentar a 15,5 años la edad promedio de inicio de consumo de drogas ilícitas.” (Literal e. del 7.3.3.2.3), teniendo en cuenta que el consumo inicia a los 12 años (5.3.3)²²².

Ministerio de Educación Nacional: la Ley 30 de 1986 en su artículo 11 establece que los programas de educación primaria, secundaria y superior, así como la educación no formal, informarán sobre los riesgos de la farmacodependencia.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar: mediante la Resolución 1514 del 23 de febrero de 2016 esta entidad aprueba el “lineamiento técnico para la atención de niños, niñas y adolescentes, con derechos inobservados, amenazados o vulnerados, con alta permanencia en calle o en situación de vida en calle”, donde se establece que esta población hace de la calle un lugar para socializar y/o sobrevivir, advirtiendo que “Una baja o inexistente oferta adecuada de servicios educativos, de salud, de recreación, de capacitación, entre otros, propician esta situación.” (p. 7), al igual que se expone a riesgos como el consumo, tráfico y venta de SPA; en este punto, se propone unas modalidades de atención y perfiles de ubicación, teniendo en cuenta el tipo de consumo: 1- inicial o experimental, 2- social o 3- problemático, entre otros factores (pp. 7-8, 21-25)²²³

Superintendencia Nacional de Salud: los artículos 5 de la Ley 1566 de 2012 y 37 de la Ley 1616 de 2013 la facultan para inspeccionar, vigilar y controlar a las instituciones prestadoras de servicios de salud mental, a los CAD, a los Servicios de Farmacodependencia y demás

²²² Para profundizar en el tema ver en la página oficial del Ministerio de Salud y la Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

²²³ Complementar con el Cuadro No. 4 (pp. 27-30), sobre acciones especializadas del proceso de atención, desarrollado en 3 fases, que contempla como modalidades el apoyo y fortalecimiento a la familia (apoyo psicosocial, externado media jornada y jornada completa) y la atención en medio diferente a la familiar o red vincular (internado).

instituciones que prestan el servicio integral a consumidores y adictos, sancionando a los que incumplan las condiciones de habilitación y auditoría.

Al respecto, la Resolución 001315 de 2006²²⁴ del antiguo Ministerio de la Protección Social “por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de Fármacodependencia, y se dictan otras disposiciones” define en su artículo 2°, el Centro de Atención en Drogadicción (CAD) como “toda institución pública, privada o mixta que presta servicios de salud en sus fases de tratamiento y rehabilitación, bajo la modalidad ambulatoria o residencial, a personas con adicción a sustancias psicoactivas, mediante la aplicación de un determinado modelo o enfoque de atención, basado en evidencia”. En tal sentido, son consideradas como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, clasificadas como ambulatorios o residenciales, dependiendo si brindan en su modelo o enfoque de atención, el servicio de alojamiento nocturno a sus usuarios.

Consejo Nacional de Salud Mental: creado por el artículo 10 de la Ley 1566 de 2012; sus funciones comprenden vigilar y evaluar lo estipulado en la Ley 1566 de 2012, en la Ley 1616 de 2013, en la Política Nacional de Salud Mental, Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y su impacto, Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas y el Plan Decenal para la Salud pública en lo relativo a la salud mental. (Artículo 29 de la Ley 1616 de 2013)

Consejo Nacional de Estupefacientes: en el artículo 43 de Ley 1616 de 2013 se establece que a través del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado, este consejo contribuirá en la inversión social de programas para la atención y tratamiento de las enfermedades crónicas en salud mental (a través del Ministerio de Salud) y en la promoción y prevención de las enfermedades en salud mental (mediante el Ministerio de Educación con la asesoría del Ministerio de Salud).

²²⁴ Resolución derogada por la Resolución 1441 de 2013, la cual a su vez fue derogada por la Resolución 2003 de 2014, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia: creada por el Ministerio de Justicia y del Derecho mediante la Resolución 0223 de 2013, para valorar el impacto de las políticas de drogas y proponer recomendaciones con el fin de diseñar unas más eficientes, efectivas y menos costosas; igualmente, se aclara que los representantes de los ministerios de Justicia y del Derecho, de Defensa Nacional y de Salud y Protección Social tienen voz en las sesiones de la Comisión pero no voto en las decisiones (Informe Final, 2015, pp. 4-6).

El Informe de la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia titulado “Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia”, presenta los principales resultados de los estudios y debates multidisciplinarios que se realizaron desde enero de 2013 en relación al fenómeno de la droga, dentro de un marco normativo nacional e internacional, con fundamento en evidencia empírica y/o científica; en este informe se establecen como principios rectores: 1- el enfoque a la salud pública, 2- enfoque a la protección de los derechos humanos (orientada por los principios de igualdad, no discriminación, participación, transparencia y rendición de cuentas), 3- profundización territorial y 4- desarrollo humano (Informe Final 2015, p. 4, 10 – 11; Uprimny, 2015, p. 32).

Fondo Nacional de Estupefacientes: de acuerdo con el artículo 20 del Decreto 205 de 2003²²⁵, vigila y controla la importación, la exportación, la distribución y venta de drogas, medicamentos, materias primas o precursores de control especial, conforme a la Ley 36 de 1939, el Decreto-ley 257 de 1969²²⁶ y Ley 30 de 1986.

Observatorio Nacional de Salud: por orden del artículo 35 de la Ley 1616 de 2013, le corresponde la vigilancia epidemiológica para fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica en consumo de sustancias psicoactivas (Vespa).

Observatorio de Drogas de Colombia (ODC): en la Resolución 0006 de 2005 del Consejo Nacional de Estupefacientes se considera a esta Entidad como “fuente de información oficial

²²⁵ Por el cual se determinan los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del Ministerio de la Protección Social.

²²⁶ Por el cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo Rotatorio de Estupefacientes del ministerio de Salud Pública.

en materia de drogas” objetiva, confiable y actualizada, permitiendo ajustar y diseñar políticas (artículo 1).

4.2. BREVE RECuento DE LAS POLÍTICAS DE LOS SUCESIVOS GOBIERNOS DESDE LA CONSTITUCIÓN DE 1991

Como antecedentes de las políticas de prevención del consumo de drogas en Colombia, se encuentra que a partir de 1985 el gobierno con el apoyo de la ONU implementaron el Plan Nacional de Prevención de la Drogadicción (PNPD), con la participación de Planeación Nacional, el Consejo Nacional de Estupefacientes, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y los Ministerios de Educación, Salud, Justicia, Agricultura y Comunicaciones. Según Pérez (2015) este proyecto “no fue más que una colcha de retazos, carente de adecuada coordinación y manejado por personas con conocimientos muy limitados sobre el problema de las drogas; en la realidad, solo el Ministerio de Educación desarrolló estrategias que tuvieron un impacto duradero” (pp. 73-74).

4.2.1. EL GOBIERNO GAVIRIA Y CAMBIOS DE PERCEPCIÓN

Respecto del contexto en el cual se profirió la sentencia C-221 de 1994 de la Corte Constitucional, cabe resaltar que el país se encontraba en medio de una batalla entre narcotraficantes, y entre estos grupos y el Estado. También existía una fuerte presión por parte de Estados Unidos exigiendo resultados concretos, encontrándose como presidente para la época César Gaviria, cuyo gobierno al conocer la citada sentencia pretendió convocar a un Referendo²²⁷ para eliminar la dosis personal, lo cual no se pudo efectuar (Lemaitre y Albarracín, 2011, p. 241; Galán, 2014, p. 21). En cuanto al referendo, primero se pretendía adicionar al artículo 16 de la Constitución Política, un inciso mediante el cual se autorizara al legislador para restringir, prohibir y sancionar el uso de SPA; luego, la propuesta estaba dirigida al artículo 49 con el fin de proteger la salud de las personas (Gaviria, 1994, pp. 10 y 30).

²²⁷ Igualmente ver a Nullvalue. (16 de mayo de 1994). Cómo penalizar dosis personal. *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-128352>; así como 'Vamos a recoger millones de firmas'. (20 de junio de 1994). *Semana*. Recuperado de <http://www.semana.com/nacion/articulo/vamos-recoger-millones-de-firmas/22698-3>.

No obstante lo anterior, después de haber terminado su periodo de gobierno y como miembro de la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia²²⁸, el expresidente César Gaviria ha promovido el debate, cuestionando la batalla contra las drogas, como se evidencia en el informe llamado “Drogas y democracia: Hacia un cambio de paradigma”. En este documento promueve un enfoque a la prevención, tratamiento y reducción del daño; igualmente, considera a la despenalización y descriminalización del consumo, más eficaz y humana en comparación con las políticas prohibicionistas²²⁹. En este sentido, el expresidente manifestó que: “Es infortunado que se hable tanto de legalización, porque esa es una expresión facilista y libertaria, que puede interpretarse como que las drogas no hacen daño, que no requieren controles o que la gente tiene derecho a hacerle daño a su salud. Ese planteamiento no tiene ningún futuro político, porque genera toda clase de fantasmas y temores. Es una política tan equivocada, tan radical, tan simplista y tan atractiva como el prohibicionismo. Están ambas basadas en principios ideológicos y en fundamentalismo y no en investigación, ciencia y experiencias bien documentadas.” (Gaviria, 2011, p. x). Por tanto, señala que el consumo debe apreciarse como un problema del sistema de salud y no como un delito, para lo cual se debe investigar sobre el daño que ocasiona cada tipo de droga, las campañas de prevención y tratamiento; igualmente, considera que el primer paso a efectuar es que los presidentes de Colombia y México soliciten a la opinión pública de Estados Unidos, un debate sobre su política para realizar las modificaciones del caso (Gaviria, 2011, p. xi).

4.2.2. SAMPER AL IGUAL QUE SU ANTECESOR²³⁰

Según Lemaitre y Albarracín (2011, p. 241), el gobierno de Ernesto Samper también se opuso a la despenalización de la dosis personal debido a las presiones ejercidas por Estados Unidos y al “Proceso ocho mil” que investigaba la financiación del narcotráfico en su campaña, pese a

²²⁸ Considerado como un proyecto de los expresidentes Fernando Henrique Cardoso de Brasil, César Gaviria de Colombia y Ernesto Zedillo de México, para examinar el impacto de las políticas antidrogas, a fin de proponer alternativas de políticas más eficientes y humanas, con fundamento en un debate donde intervengan especialistas en el tema y se estudien otras experiencias (CEPAL, s.f., párr. 1 y 2)

²²⁹ Este exmandatario ha debatido su actual posición con personalidades políticas como son el Procurador General de la Nación, Alejandro Ordóñez. Al respecto, ver: Ordóñez se enfrenta con expresidente Gaviria por legalización de droga. (17 de agosto de 2012). *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12139153>.

²³⁰ Desde el año 2014 es el Secretario General de UNASUR.

que años atrás la posición de este presidente fue la de legalizar la marihuana²³¹. No obstante lo anterior, tampoco efectuó el referendo que pretendía controvertir la sentencia C-221 de 1994 (Gutiérrez, 1994).

Ahora bien, es importante destacar de su actual posición, conforme a sus más recientes publicaciones²³², que no está de acuerdo con “pasar del fundamentalismo prohibicionista al fundamentalismo legalizador” (2013, p. 233); en tal sentido, destaca el papel del Estado en política preventiva, en la regulación del consumo y en el enfrentamiento al crimen organizado, entre otras funciones (2011, pp. 257-258, 266-267).

Conforme a lo anterior, propone un proceso de transición donde se debatan alternativas basadas en las siguientes recomendaciones: 1- las políticas deben diferenciar los escenarios y actores de la cadena del mercado de las drogas (producción, distribución y consumo), así como los tipo de drogas (resaltando que la marihuana debe recibir un tratamiento especial en razón a su relativa inocuidad, la expansión de su consumo y el reconocimiento legal otorgado por otros países o territorios), consumidores, frecuencia del consumo, fines del consumo (recreativo, terapéutico y cultural), desde la perspectiva que su uso y los problemas que conlleva, son un tema de salud pública; igualmente, 2- inversión de recursos en programas masivos de prevención y tratamiento. Finalmente, concluye que esto conlleva a cambios en la normatividad internacional y que mientras se implementan estas estrategias, es indispensable iniciar un programa de reducción del daño social que ha ocasionado el prohibicionismo, donde se garantice la transparencia y estabilidad de las entidades, así como el respeto a los derechos humanos, entre otros aspectos (2011, p. 267; 2013, pp. 267-272).

4.2.3. PASTRANA: ENTRE EL PLAN COLOMBIA Y RUMBOS

Lemaitre y Albarracín (2011, pp. 241-242) consideran que el gobierno de Andrés Pastrana comparado con el de Gaviria y Samper, pese a ser más cercano a Estados Unidos, no incluye en la agenda pública la criminalización de la dosis personal, por las siguientes razones: había

²³¹ En Colombia la ANIF organizó un simposio en 1979, donde el expresidente Ernesto Samper propuso el estudio de la legalización de la marihuana como una opción para su regulación (Galán y Guerrero, 2008, p. 125).

²³² Se destaca el artículo “¿Prohibición o Legalización?, la economía de las drogas: una nueva visión” del año 2011, donde concluye que la actual política antidrogas está fracasando desde una perspectiva económica (p. 268); y su libro “Drogas. Prohibición o legalización. Una nueva propuesta” de 2013.

una mínima relación entre el narcotráfico y el consumo; el proceso de paz era el protagonista; cambio de los periodos presidenciales republicanos de Ronald Reagan y George H. W. Bush al demócrata Bill Clinton, disminuyendo en su política exterior la guerra contra las drogas.

En contraste, Rodríguez (2007) considera que las medidas en el gobierno Pastrana responden a la preocupación internacional por el aumento del consumo de drogas:

“Con la creación de RUMBOS como un programa presidencial se intentó lograr un enfoque integrado entre los dos pilares de la lucha contra drogas, además de una política totalmente coherente con éstos principios, ya que se mantuvo una orientación hacia la prevención, se fomentó la participación de la comunidad, se dio atención a cuestiones de género y cultura, y se logró crear ambientes de apoyo. Aunque los recursos nacionales disponibles para la reducción de la demanda fueron mínimos a comparación de los invertidos en la reducción de la oferta, hubo una respuesta muy positiva por parte de algunos países que posiblemente obedecían al principio de “responsabilidad compartida” y contribuyeron al programa RUMBOS.” (pp. 43-44)

No obstante, para Pérez (2015, p. 74)²³³ el consumo de drogas adquiere gran importancia en el gobierno del expresidente Pastrana, haciendo alusión a los Decretos 2193 de 1998²³⁴ y 1943 de 1999^{235 236}, como fundamento de la creación del Programa Presidencial RUMBOS, el cual trabajaba de forma independiente de la Dirección Nacional de Estupefacientes. Dentro de sus funciones se destaca: coordinar políticas de reducción de la demanda en todos los niveles (nacional, departamental y local), para permitir la gestión de las entidades públicas y de las organizaciones no gubernamentales; trabajar con el gobierno nacional en la planeación de políticas de prevención y tratamiento, fomentando la participación de los Ministerios de

²³³ Quien fue director del Programa Rumbos de la Presidencia de la República de Colombia para el periodo de Andrés Pastrana, y actualmente ocupa la dirección de la Corporación Nuevos Rumbos (dedicada a la investigación y prevención del consumo de drogas) y es miembro de la Comisión Asesora en Política de Drogas del Gobierno Nacional.

²³⁴ Transforma el Programa Presidencial para el Desarrollo Hospitalario en el Programa Presidencial para el Afrontamiento del Consumo de Drogas.

²³⁵ Modifica la estructura de la Dirección Nacional de Estupefacientes y del Programa Presidencial para el Afrontamiento del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

²³⁶ Así mismo se destaca el Decreto 127 de 2001, mediante el cual se crean las Consejerías y Programas Presidenciales en el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, dentro de los cuales se encuentra el Programa RUMBOS.

Protección Social y Educación, así como de las secretarías territoriales de Salud y Educación. Igualmente, Larreamendy-Joerns y Vence (2011, pp. 125-126) consideran que con Rumbos se obtuvieron dos avances: 1- Se otorgó a los planes de reducción de la demanda el estatus de políticas de Estado, y 2- Promovió la investigación científica como fundamento para formular políticas. Por tanto, con el programa RUMBOS se generó un novedoso enfoque para la prevención, invirtiendo recursos en políticas de reducción de la demanda

Por otro lado, cabe destacar que en este período presidencial se promulgó la Ley 745 de 2002, tipificando como contravención el consumo y porte de la dosis personal, aunque las medidas establecidas fueron únicamente de carácter policivo; finalmente, se evidencia que durante su campaña a la presidencia y en ejercicio de su mandato, Andrés Pastrana se manifestó en contra de la legalización de las drogas²³⁷, aunque dejó de lado el tema de la penalización de la dosis personal (López y Gómez, 2014, p. 112).

4.2.4. URIBE, SEGUIDOR DEL PROHIBICIONISMO

Borda (2011, pp. 159-160) cita la definición de securitización de Ole Waever²³⁸ (1995, p. 4) consistente en “el proceso a través del cual un Estado declara cierto asunto como un problema de seguridad, y a través del uso de esta estrategia logra reclamar un derecho especial y excepcional para controlar dicho problema”, para resaltar del gobierno de Álvaro Uribe (donde se propugna cero tolerancia frente al consumo de drogas ilícitas, en búsqueda de criminalizar ésta conducta), que ya no son únicamente la producción y el tráfico de estupefacientes una amenaza a la seguridad, porque también el consumo entra a formar parte del proceso de securitización²³⁹.

²³⁷ Al respecto ver a Ortiz S., U. (16 de febrero de 2011). ¿Legalización la mejor opción?. *El Espectador*. Recuperado de: <http://www.elespectador.com/opinion/legalizacion-mejor-opcion> y la publicidad difundida en televisión del 4 de mayo y 2 de junio de 1994, encontrada en la Biblioteca Presidencial Virtual Andrés Pastrana, ver http://andrespastrana.org/portfolio_tags/no-legalizacion-de-la-droga/

²³⁸ Citado de Waever, O. (1995) “Securitization and Desecuritization”, *On Security*, R. D. Lipschutz, Nueva York, Columbia University Press.

²³⁹ Al respecto, el Centro de Estudios Legales y Sociales – CELS (2015), señala que “La problemática de las drogas no puede pensarse únicamente como un problema de seguridad que hay que atacar. Presentarlo de esta manera legitima la respuesta bélica que propone enfrentar a las organizaciones criminales con la mayor violencia posible. De manera deliberada, esta mirada recorta los aspectos vinculados a la salud pública, la matriz productiva de las comunidades, las ciudades o los Estados y las libertades individuales que están involucrados.” (p. 62).

La estrategia diplomática en el gobierno de Álvaro Uribe para obtener apoyo político, logístico y económico, consistía en darle mayor importancia mundial a temas como el terrorismo, así como fomentar una versión más prohibicionista donde Colombia se distingue como un país experto en la batalla contra las drogas, postura que para Borda (2011, pp. 169-171) es errónea y contraproducente, máxime al percibir un cambio más flexible, como es el caso de Estados Unidos. En este último punto, conforme a Tickner y Cepeda (2011, p. 206), se puede considerar una paradoja el hecho que en la administración del expresidente Uribe se persistía en la posición de “cero tolerancia” ante todas las manifestaciones de los estupefacientes, mientras que en Estados Unidos tiende a ser diferente, debido a la legalización de la marihuana con fines médicos en varios estados y el Distrito Capital de Estados Unidos, así como la gran aceptación por sus habitantes y los indicios sobre reformular la política nacional por parte del gobierno de Barack Obama y el Congreso.

Bajo el gobierno de Álvaro Uribe resurgió la idea de penalizar la dosis personal²⁴⁰, la cual fue incluida en el referendo del 2003, pretendiendo reformar el artículo 16 de la Constitución donde se consagra el libre desarrollo de la personalidad, pero la Corte Constitucional mediante la sentencia C-551 de 2003, declaró la propuesta inexecutable junto con otros puntos del referendo por razones procedimentales (Lemaitre y Albarracín, 2011, p. 243).

La Ley 796 de 2003 "Por la cual se convoca un referendo y se somete a consideración del pueblo un proyecto de Reforma Constitucional.", en el numeral 16 relacionado con el narcotráfico y la drogadicción, formulaba la siguiente pregunta:

“PARA PROTEGER LA SOCIEDAD COLOMBIANA, PARTICULARMENTE SU INFANCIA Y SU JUVENTUD, CONTRA EL USO DE COCAINA, HEROINA,

²⁴⁰ López y Gómez (2014, p. 112) indican que se retomó el debate de la penalización de drogas con gran intensidad evidenciándose en los siete intentos de reforma a la Constitución. Al respecto, ver la posición del expresidente Uribe en la página web de la Presidencia de la República, destacándose “Me declaro rebelde contra despenalización de la droga: Uribe” (4 de octubre de 2002) recuperado de http://historico.presidencia.gov.co/prensa_new/sne/2002/octubre/04/14102002.htm y “Entrevista del Presidente Álvaro Uribe Vélez en RCN Radio” (septiembre 5 de 2008) recuperado de http://historico.presidencia.gov.co/entrevistas/entrevistas2008/rcn_05092008.html

MARIHUANA, BAZUCO, EXTASIS Y CUALQUIER OTRO ALUCINOGENO,
¿APRUEBA USTED EL SIGUIENTE ARTICULO?

Agrégase al artículo 16 de la Constitución Política, un segundo inciso del siguiente texto:

Para promover y proteger el efectivo desarrollo de la personalidad, la ley castigará severamente la siembra, producción, distribución, porte o venta de sustancias alucinógenas o adictivas, como la cocaína, la heroína, la marihuana, el éxtasis u otras similares, graduando las penas según las circunstancias en que se cometa la infracción. El Estado desarrollará una activa campaña de prevención contra la drogadicción, y de recuperación de los adictos, y sancionará, con penas distintas a la privación de la libertad, el consumo y porte de esos productos para uso personal, en la medida en que resulte aconsejable para garantizar los derechos individuales y colectivos, especialmente los de los niños y adolescentes.”

La Corte Constitucional mediante la sentencia C-551 de 2003, indicaba que la pregunta presentaba dos problemas:

“el primero tiene que ver con el empleo de las expresiones “para proteger” “contra el uso de cocaína...”, pues asocia una situación socialmente deseable, como es el control del abuso de ciertas sustancias sicoactivas, con la aprobación del proyecto de norma. Esto habla suficiente sobre la capacidad inductiva de la nota introductoria.

El segundo problema es el de la adecuación o de la causalidad que podría establecerse entre la nota introductoria y la aprobación del artículo, que incluye la penalización del porte y consumo de sustancias alucinógenas, pues existen muchos análisis críticos de esas estrategias de penalización, según los cuales, este tipo de políticas, lejos de proteger, tiende a agravar la situación de los consumidores, en la medida en que los margina socialmente.

Empleo de lenguaje emotivo, que induce al elector, y ausencia de un vínculo claro entre la nota introductoria y el artículo a ser aprobado, implican la inclusión de elementos que desconocen la garantía de la libertad del sufragante.”

Por otro lado, se encontró que este numeral vulneraba el principio de publicidad, ya que no hacía parte del proyecto originario, tampoco tenía vínculo con el proyecto originario depositado por el Gobierno, la comunicación solicitando su inclusión no traía ninguna exposición de motivos y fue presentado cuando ya habían transcurrido más de la mitad de las sesiones de debate del referendo por parte de ambas cámaras

Dentro de las intervenciones ciudadanas en esta sentencia, cabe destacar la de Carlos Gaviria Díaz, quien fue el magistrado ponente de la Sentencia C-221 de 1994, manifestando: “el referendo sólo busca fortalecer el autoritarismo que caracteriza al actual gobierno, pues es usual que los gobiernos autoritarios apelen a la democracia directa. Así, consideró que éste sólo acude a la opinión manipulada del electorado para ganar legitimidad. (...) De otro lado, el interviniente comparte los argumentos expresados por el ciudadano Hernando Yepes en cuanto a la libertad del elector, pues considera que las preguntas formuladas son incomprensibles. De acuerdo con lo anterior, el ciudadano concluye que defender el referendo no es defender la democracia.”

Después de éste intento por reformar la Constitución vía referendo, se pretendió introducir sanciones no privativas de la libertad al porte y consumo de estupefacientes, mediante el Proyecto de Acto Legislativo 133 de 2006 a fin de reformar el artículo 16 de la C.P. relacionado con el libre desarrollo de la personalidad, proyecto que no fue aprobado por el Congreso.

Nuevamente, el Gobierno mediante el proyecto de Acto Legislativo No 22 de 2007²⁴¹ propuso sanciones no privativas de la libertad al porte y consumo de estupefacientes, así como

²⁴¹ Respecto de este Proyecto, Galán y Guerrero (2008, pp. 88-91), resaltan la falta de claridad del gobierno sobre las causas y consecuencias del problema de las drogas ilícitas al no establecer dichas sanciones, dejándole esa labor al legislador, así como falta de coordinación entre las entidades, al omitirse una consulta previa sobre este proyecto al Ministerio de la Protección Social, ente competente sobre la salud pública; por tanto, Galán y Guerrero consideran

campañas desarrolladas por el Estado, de prevención contra el consumo de drogas y en favor de la recuperación de los adictos. En esta ocasión la reforma estaba dirigida al artículo 49 de la Constitución sobre el derecho a la salud, la cual tampoco fue aprobada.

Finalmente, después de publicado el “Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Hogares de Colombia” en el año 2009, el Gobierno presenta el 20 de marzo de 2009 el Proyecto de Acto Legislativo No. 285 de 2009 Cámara, 020 de 2009 Senado, el cual culminó con la promulgación del Acto Legislativo 2 de 2009, que reforma el artículo 49 de la Constitución Política sobre el derecho a la salud, prohibiendo el porte y el consumo de drogas ilícitas. Al respecto, Lemaitre y Albarracín (2011) estiman que “el resultado final es una versión bastante moderada de la propuesta gubernamental de penalización, y refleja un cambio en los argumentos del Gobierno sobre los valores tradicionales y la criminalidad en los barrios, argumentos sobre la salud pública, el medio ambiente y la congruencia con la guerra contra las drogas.” (p. 243).

Conforme a lo anterior, en la exposición de motivos se aclaró que su fin no consistía en “penalizar con medida privativa de la libertad al consumidor, sino acompañarlo con medidas pedagógicas, profilácticas y terapéuticas que le ayudaren a él y a su familia a superar sus dificultades” y que el legislador reglamentaría las medidas especiales para los consumidores de sustancias estupefacientes con fines de uso personal, diferenciándolos de quienes portaban con fines lucrativos ilícitos. En este punto, Lemaitre y Albarracín (2011, pp. 243-244) consideran que pese a no haberse penalizado la posesión y el consumo de estupefacientes, falta claridad de los alcances de la prohibición, puesto que solo se señalan los tratamientos médicos, precisando que no deben ser obligatorios y que serán sufragados por el Estado.

Por otro lado, en el gobierno del expresidente Uribe se dio fin al Programa Presidencial Rumbos²⁴², frente a lo cual Pérez (2015, p. 75) señala como un retroceso en las políticas de

que “es el resultado de un capricho del gobierno de turno que no responde a estudios técnicos, de salud, administrativos y de presupuesto que se requerirían para poner en marcha un proyecto de esa naturaleza.” (p. 90)

²⁴² Rodríguez (2007) presenta un estudio comparativo entre el gobierno de Andrés Pastrana y Álvaro Uribe, señalando en relación a la administración Uribe “se reducen las acciones, o se descuidan varios de los pilares desarrollados durante el funcionamiento de RUMBOS, como la estrategia de “comunicación y uso de medios masivos”, la “formación y capacitación”, la “Investigación, evaluación y sistema de información”, y la “cooperación

reducción de la demanda de drogas. No obstante lo anterior, se destaca de este período la creación del Observatorio de Drogas de Colombia en 2005²⁴³ y la Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, la Resolución 1315 de 2006 del Ministerio de la Protección Social²⁴⁴, la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto del año 2007²⁴⁵ (Pérez, 2015, p. 75; Uprimny, R. et al., s.f., pp. 6-8); respecto de la prohibición consagrada en el Acto Legislativo 2 de 2009, Pérez (2015, p. 75) considera que no ha presentado impacto alguno.

Conforme a lo expuesto, la Política de Seguridad Democrática del presidente Uribe se caracterizó por centrarse en la disminución de la oferta mediante la reducción de la producción y el tráfico, sin enfocarse en la disminución de la demanda y omitiendo programas efectivos de prevención; por tanto, al concluirse que las políticas de reducción de la demanda en este período, pasaron de un programa presidencial²⁴⁶ a un Ministerio con múltiples funciones²⁴⁷, Sáenz (2009, pp. 277-278) refuta el mito que relaciona a la despenalización como causante del aumento de consumo, por cuanto se debe es la falta de políticas públicas dirigidas a la demanda.

internacional”, esto se puede deducir al observar el cambio de política al pasar la responsabilidad al Ministerio de Protección Social y las acciones que se han realizado al respecto.” (p. 44).

²⁴³ Para Pérez (2015) “en realidad se trató de una resucitación”, teniendo en cuenta que el Observatorio había sido creado en el gobierno de Ernesto Samper y recibió un fuerte impulso en RUMBOS. En la nueva versión, la mayor parte de la información tenía que ver con narcotráfico y control de la oferta” (p. 75).

²⁴⁴ Normas para la habilitación de centros de tratamiento.

²⁴⁵ Elaborada por el Ministerio de la Protección Social, con participación de la Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas. Presenta la prevención, mitigación, superación y capacidad de respuesta (reunión de esfuerzos para alcanzar los objetivos) como los cuatro ejes operativos (2007, pp. 18-19), a partir de los cuales se empezó a formular un plan operativo nacional y el proceso de descentralización de la política mediante estrategias territoriales (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia, Informe Final de 2015, p. 25). Considera como la mejor política que abarca el consumo de drogas por su enfoque integral, aunque contradictoria con los intentos del gobierno por penalizar el consumo (Uprimny, R. et al., (s.f.), pp. 6-7). Ver resumen ejecutivo de la “Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto” en http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica_nacional_consumo.pdf

²⁴⁶ Al suprimirse el Programa presidencial RUMBOS, mediante el artículo segundo del Decreto 519 de 2003.

²⁴⁷ Teniendo en cuenta que mediante la Ley 790 de 2002, se fusiona el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud, sin establecer en el Ministerio de la Protección Social funciones exclusivas para enfrentar el consumo

4.2.5. SANTOS: ABRIENDO LAS PUERTAS AL DEBATE

Durante el mandato presidencial de Juan Manuel Santos se destacan los siguientes acontecimientos²⁴⁸:

- Las declaraciones del presidente Santos que promueven la búsqueda de alternativas frente a las políticas antidrogas, lo cual incidió para que este tema se debatiera por primera vez en un espacio político continental y de índole presidencial, como es la Cumbre de las Américas en Cartagena de Indias (Colombia) en el año 2012, donde a pesar de no lograrse grandes avances, los gobernantes de los países reconocieron el bajo impacto de las políticas llevadas a cabo hasta entonces sobre el problema mundial de las drogas, y por ende, manifestaron la necesidad de adoptar medidas integrales y equilibradas²⁴⁹, encargando para tal fin a la Organización de los Estados Americanos (OEA), un estudio de la lucha contra las drogas y una revisión de las alternativas. Igualmente, se destaca la participación de Estados Unidos, representado por el presidente Obama, teniendo en cuenta la influencia de esta nación en el régimen internacional de políticas antidrogas, así como los recientes cambios que han adoptado algunos de sus estados, al legalizar la venta y uso recreativo de la marihuana, así como regularla para fines medicinales (Mathieu y Niño, 2013, pp. 22-23).

- El Proyecto de Ley No. 164 de 2010 en el Senado y ante la Cámara No. 160 de 2010, "Por medio de la cual se reforma el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal, el Código de Infancia y Adolescencia, las reglas sobre extinción de dominio y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad", autor Ministro del Interior y de Justicia Dr. Germán Vargas Lleras, que da origen a la Ley 1453 de 2011 (Lemaitre y Albarracín, 2011, p. 244). De esta ley se

²⁴⁸ Destacándose recientemente, el II Diálogo sobre la política de drogas: una perspectiva regional, realizado entre 19 y 20 de marzo de 2015 en Cali, por iniciativa del Ministerio de Justicia y del Derecho (Diálogo Nacional sobre el Futuro de la Política de Drogas), en colaboración con los Ministerios de Salud y Protección Social y de Relaciones Internacionales, la Fundación Ideas para la Paz (FIP) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), con el fin de promover el debate sobre el futuro de las drogas en Colombia, mediante el intercambio de evidencias. Ver en http://www.odc.gov.co/Portals/1/dialogo_nacional/docs/relatoria-dialogo-regional-cali.pdf

²⁴⁹ Ver los Documentos Oficiales del Proceso de Cumbres de las Américas: de Puerto España (2009) a Cartagena de Indias (2012) en http://www.summit-americas.org/pubs/pos_ctg.pdf, así como el Comunicado de los Jefes de Estado y de Gobierno sobre la realización de la Conferencia Internacional de Ministros de Relaciones Exteriores y Jefes de Organismos Nacionales Especializados contra el problema mundial de las drogas en http://www.summit-americas.org/SIRG/2012/041412/reunion_drugs_es.pdf y el documento VI Cumbre de una América fragmentada en <http://www.flacso.org/sites/default/files/Documentos/cumbresiberoamericanas/VI%20Cumbre%20de%20una%20Am%C3%A9rica%20Fragmentada.pdf>

destaca su artículo 11 (sobre el tráfico, fabricación o porte de estupefacientes), que modifica el artículo 376 de la Ley 599 de 2000 (Código Penal); igualmente, en su artículo 96, se establece la asistencia y rehabilitación por parte de los Centros de Atención Especializada, a los adolescentes internados con problemas de drogadicción.

- El senador Juan Manuel Galán consiguió la aprobación de la Ley 1566 de 2012, mediante la cual se busca la atención integral a consumidores de SPA, así como la promoción de la salud y prevención del consumo. Al respecto, Pérez (2015) considera que “Teniendo en cuenta el deplorable estado del Sistema de Salud, ya al borde de la bancarrota, la carencia total de infraestructura y el reducido número de profesionales capacitados en este campo, la nueva ley tiene pocas posibilidades de convertirse en un conjunto de acciones concretas y exitosas. Sin embargo, lo esencial es que quita el acento de lo represivo y lo mueve al campo de la salud.” (p. 76).

- La expedición del Decreto 2467 el 22 de Diciembre de 2015, mediante el cual se reglamenta los fines médicos y científicos del cannabis. En este punto se destaca la mencionada Ley 1787 del 6 de julio de 2016, que reglamenta el acceso seguro e informado al cannabis con fines médicos y científicos, cuyo autor también es el senador Juan Manuel Galán.

- La participación en la Sesión Especial sobre Drogas de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS 2016): con fundamento en este encuentro internacional, el Presidente colombiano Juan Manuel Santos (2016) junto con representantes de otros países, presentaron una propuesta apoyada en cuatro elementos: 1- Incorporar una perspectiva de derechos humanos, 2- mayor autonomía y flexibilidad en el marco de las convenciones, 3- enfoque más amplio e incluyente que comprenda “un componente de salud pública para el tratamiento de consumo de drogas con énfasis en prevención, atención y rehabilitación” (párr. 14), y 4- perseverar en el combate al crimen organizado. El mandatario aclara que: “Este no es un llamado a la legalización. Es un llamado a reconocer que entre la guerra total y la legalización hay toda una gama de opciones que podemos explorar para mejorar la prevención contra el abuso de drogas en nuestra juventud, otorgar un tratamiento más humano a los consumidores de drogas, incrementar la colaboración para combatir el crimen organizado, y brindar

alternativas económicas a campesinos y otras comunidades vulnerables presas del negocio del narcotráfico.” (párr. 7).

4.2.6. EL CASO ESPECIAL DE BOGOTÁ: LOS CAMAD EN LA BOGOTÁ HUMANA DE PETRO

En comparación con otras ciudades colombianas (como Bucaramanga, Medellín, Pereira²⁵⁰ y Risaralda), Bogotá no se integraba a la Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas, hasta que fue promulgado el Decreto 691 de 2011, “Por medio del cual se adopta la Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá, D.C.”²⁵¹, que se presenta como el fundamento de la política del exalcalde Gustavo Petro al respecto (Quintero, 2012, pp. 5-6).

También se destacan, entre otros, el Decreto 471 de 2015 “Por el cual se realiza el anuncio del proyecto denominado Centro de Autocuidado y Acogida para Habitante de Calle - Bakatá, en la localidad de Los Mártires, se realiza la declaratoria de motivos de utilidad pública con condiciones de urgencia, para la adquisición del inmueble necesario para ese efecto” y el Decreto 560 de 2015²⁵² “Por medio del cual se adopta la Política Pública Distrital para el Fenómeno de Habitabilidad en Calle”

Dentro de las entidades distritales que abordan este campo de acción, se destacan:

- Secretaría de Gobierno y el Centro de Estudio y Análisis en Convivencia y Seguridad Ciudadana (CEACSC): su función está orientada a desarrollar el sistema de información, registro, seguimiento y monitoreo de los CAMAD.

²⁵⁰ Como es el caso del programa CAMBIE, diseñado e implementado por la Corporación Acción Técnica Social-ATS-, considerado el primero en Colombia en implementar el acceso a material higiénico de inyección de SPA, como estrategia de reducción de riesgos y mitigación de daños. Ver página oficial en <http://www.proyectocambie.com>.

²⁵¹ Igualmente, se destaca la “Política pública para la atención y prevención del consumo y la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C.” del año 2011. Ver el Documento Resumen en <http://www.redpapaz.org/mis10comportamientossaludables/images/stories/politicaspabogota.pdf>

²⁵² Política que se estructura con fundamento en seis componentes: 1- Desarrollo Humano y Atención Social Integral, 2- Atención Integral e Integrada en Salud, 3- Seguridad Humana y Convivencia Ciudadana, 4- Generación de Ingresos, Responsabilidad Social Empresarial y Formación para el Trabajo, 5- Movilización Ciudadana y Redes de Apoyo Social y 6- Desarrollo Urbano Incluyente (artículo 7).

- Secretaría Distrital de Educación: lidera acciones de prevención en los colegios e identifica y remite estudiantes con casos de consumo problemático de drogas. Se destaca RIO (Sistema de respuesta integral de orientación escolar), como estrategia para fomentar la convivencia y seguridad en los colegios, el cual presenta tres niveles de intervención: formación, prevención y protección²⁵³.

- Secretaría Distrital de Salud: Encargada de la implementación de estrategias de Atención Primaria en Salud física y mental; el programa CAMAD está conformado por un equipo multidisciplinario en salud (médico, psicólogo, psiquiatra, auxiliar de enfermería, odontólogo, trabajador social, promotor social y coordinador del proyecto), y presta servicios básicos en salud, como la consulta médica, odontológica, psicológica, psiquiátrica y acciones de Atención Primaria en Salud (la cuales promueven el auto cuidado y brindan soporte emocional)

- Secretaría Distrital de Integración Social y el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud (IDIPRON): Realizan un trabajo de búsqueda de personas necesitadas del servicio médico para guiarlas hacia los CAMAD y, posteriormente, a los Hogares de paso del Distrito, según sea el caso. Trabajan en tres líneas: “mitigación del consumo”, “apoyo psicoafectivo” y “apoyo sociolegal” (IDIPRON, 2015, párr. 4).

Hasta hace poco tiempo el Distrito Capital, bajo la política de la “Bogotá Humana” orientó sus planes sobre el tratamiento del consumidor de estupefacientes, como un asunto de salud pública²⁵⁴, enfocándose en derechos como el acceso a los servicios de salud y de atención integral. Para lograr dicho fin, se destaca la estrategia presentada en septiembre de 2012 por el gobierno distrital, los Centros de Atención Móvil a Drogodependientes - CAMAD.

Para Quintero (2012, pp. 8-9), el CAMAD se origina como un plan de seguridad y convivencia; su objetivo en un principio era reducir las muertes violentas y lesiones

²⁵³ Conforme a la información suministrada por la Secretaria de Educación al diario El Espectador (31 de agosto de 2015).

²⁵⁴ Ver el “Plan integral de convivencia y seguridad ciudadana Bogotá D.C. 2013 -2023” en file:///D:/descargas%20chrome/PICSC_BOGOTA_2013_2023_CON_MODIFICACIONES.pdf

personales, aproximándose al consumo con acciones de reducción de riesgo y daño. Igualmente, aclara que el significado original es “Centro de Atención Móvil a la Drogadicción”, y actualmente funciona como un “Centro de Atención Médica a Drogadictos”, al ser un equipo conformado por profesionales de la salud.

Esta propuesta se enmarca en el artículo 49 de la Constitución, respecto de la obligación que tiene el Estado de ofrecer tratamiento y atención integral al consumidor de SPA, así como en la Ley 1641 de 2013²⁵⁵, que en el caso de los CAMAD se enfoca en los habitantes de la calle, con el fin de dignificarlos y fomentar su inclusión²⁵⁶ (López y Gómez, 2014, p. 114). Lo anterior es muy significativo, teniendo en cuenta que Lemaitre y Albarracín (2011, pp.237-238) al realizar un estudio sobre la aplicación de las normas relacionadas con los estupefacientes, por parte de la Policía de Bogotá, concluyen que el porte y consumo de la dosis personal en algunas ocasiones es objeto de represión especialmente hacia los habitantes de la calle y hombres jóvenes pobres que fuman marihuana o basuco en espacios públicos.

Igualmente, el Centro de Estudios y Análisis en Convivencia y Seguridad Ciudadana (CEACSC), realizó una investigación publicada en enero de 2014, sobre la relación del basuco y la marihuana²⁵⁷ con los habitantes de la calle en Bogotá, concluyendo que “en algunos consumidores de basuco, el auto-suministro de marihuana actúa como un atenuante de la

²⁵⁵ Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle, fundamentada en los principios de dignidad humana, autonomía personal, participación social, solidaridad, así como coordinación, concurrencia y subsidiaridad en la Administración Pública (artículo 5); esta política comprende tres fases 1- Formulación, 2- Implementación y 3-Seguimiento y Evaluación (artículo 7), y los siguientes componentes: atención integral en salud, desarrollo humano integral, movilización ciudadana y redes de apoyo social, responsabilidad social empresarial, formación para el trabajo y generación de ingresos, y convivencia ciudadana (artículo 8). Igualmente le asigna al Ministerio de Salud y a los entes territoriales, la elaboración y ejecución de servicios sociales destinados para esta población, mediante programas piloto o implementación de modelos exitosos (artículo 9).

²⁵⁶ Ver a Jiménez Herrera, J.S. (30 de agosto de 2014). Mitos de las políticas de drogas en la capital. *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/mitos-de-politicas-de-drogas-capital-articulo-513751>; 22.000 personas han sido atendidas en Centros de Atención a drogodependientes en Bogotá. (25 de junio de 2015). *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/22000-personas-han-sido-atendidas-centros-de-atencion-d-articulo-568522>; “CAMAD son puerta de entrada de población vulnerable al sistema de salud”. (9 de septiembre de 2015). *El Espectador*. <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/camad-son-puerta-de-entrada-de-poblacion-vulnerable-al-articulo-584904>

²⁵⁷ Según el Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. 2009, la marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo y el basuco ocupa el tercer lugar. (p. 18-19). Igualmente, ver: El 79% de 1.533 menores encuestado en Bogotá fuma marihuana. (8 de septiembre de 2015). *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/el-79-de-1533-menores-encuestado-bogota-fuma-marihuana-articulo-584709>

ansiedad, la compulsión, la irritabilidad, la agresividad y, en general, la excitabilidad asociados a la experiencia del consumo de basuco así como al estado de abstinencia.” (p. 44). Se señala además que el 78% de los encuestados consideran el uso de la marihuana como un método para abandonar el consumo de basuco.

También la Corte Constitucional en la sentencia T-043 de 2015, informa sobre la existencia en el ámbito local y en el derecho comparado de modelos de atención para los habitantes de calle, haciendo alusión al informe de la Procuraduría General de la Nación “Ruta social” para resaltar de las fases implementadas en Bogotá la acogida²⁵⁸, el autocuidado²⁵⁹, el desarrollo personal integral²⁶⁰, el autocuidado móvil²⁶¹ y el contacto activo²⁶².

Por otro lado, la Secretaría de Salud de Bogotá y la Corporación Acción Técnica social²⁶³, en los años 2014²⁶⁴ (25 al 27 de marzo) y 2015²⁶⁵ (24 al 26 de junio) han celebrado la “Semana

²⁵⁸ Entendida como el “lugar de garantía de derecho a la alimentación, higiene del cuerpo, apoyo sicosocial, alojamiento digno y seguro, cuidado del sueño y acercamiento básico (...). Su ingreso es controlado. Se hace inducción a un proceso de re significación de proyecto de vida. Su horario de atención es de 7 am a 4 pm. En este tipo de modalidad existe otra submodalidad dependiendo si es acogida día o acogida noche.” (sentencia T-043 de 2015).

²⁵⁹ “Comprende alimentación básica, cuidado del cuerpo e higiene, atención transitoria de domingo a domingo de 7 am a 3 pm, su ingreso es controlado, se presta el servicio de aseo personal, recuperación de hábitos y autorregulación. Servicio de comedor de 7:30 a 2: 00 pm.” (sentencia T-043 de 2015).

²⁶⁰ Mediante el cual “se brinda atención integral de domingo a domingo por espacio de 9 meses, acompañamiento y seguimiento sicosocial a las diferentes áreas trabajo social psicología terapia ocupacional y talleres. El ingreso al centro se brinda a través de un comité de estudios de caso, que propone los centros de acogida. Inicia un proceso de autonomía personal, de limpieza, transformación de hábitos de consumo y restablecimiento de vínculos de familia, sociales y de comunidad.” (sentencia T-043 de 2015)

²⁶¹ Aclara que “Tiene las mismas características del autocuidado pero va por la calle mediante un tráiler.” (sentencia T-043 de 2015)

²⁶² “Estrategia que consiste en movilizarse por parte de los funcionarios de la Secretaria Distrital de Integración Social de día y de noche para ubicar los lugares donde están los habitantes de la calle con el fin de sensibilizar para que acudan a las diferentes modalidades de acogida” (sentencia T-043 de 2015)

²⁶³ **Corporación ATS (Acción Técnica Social):** “es una entidad sin ánimo de lucro creada en abril de 2008, conformada por un grupo de profesionales con experiencia en investigación poblacional y propuestas de desarrollo de enfoques orientados a modelos metodológicos de diseño, implementación y evaluación de estrategias comunicativas locales y comunitarias novedosas que incidan en el cambio de comportamiento, así como en la reducción de riesgos y mitigación de daños asociados al consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), perspectiva que se viene desarrollando con las comunidades, juventudes, consumidores, la academia, los entes territoriales, la cooperación internacional, entre otros agentes, estructurando el diseño y desarrollo de políticas públicas y programas sociales mediante los cuales se busca adelantar modelos que redunden en mayores y mejores oportunidades para los grupos más vulnerables de Colombia.” Ver en <http://corporacion-ats.com/ats2015/equipo-ats/>

²⁶⁴ Con la participación de Raquel Peyraube; Brun González Aguilar de Espolea – México, exponiendo “La Reducción de Daños en México - El Programa de Reducción de Daños de Espolea” e “Iboga e Ibogaína como tratamiento para dependencias”; Chalaina Sue Connors de DanceSafe - Estados Unidos (Acciones en reducción de riesgo y daño y su impacto en los espacios de fiesta) con los temas “El impacto en el cambio de comportamiento de las acciones de reducción de riesgo y daño” y “Los servicios de análisis de sustancias, estrategia, efectividad e impacto.”; Hernán Delgado de Proderechos - Uruguay, exponiendo “La regulación del mercado de marihuana como una política de reducción de riesgos y daños”; Norton Arbelaez de RiverRock con el tema “Alternativas frente al

Psicoactiva Bogotá Humana”, con el objetivo de fomentar el debate sobre políticas de SPA, analizando experiencias nacionales e internacionales.²⁶⁶.

Peyraube²⁶⁷ en la Semana Psicoactiva Bogotá Humana 2014 (pp. 11-21), propone que las estrategias abarquen seis ejes, a saber: 1-Teórico: el debate público se plasme en políticas claras que se basen en factores geopolíticos; 2- Científico: tratamiento basados en las evidencias, como son los estudios que demuestran los beneficios de los cannabinoides contenidos en la marihuana para disminuir y finalizar con el consumo de drogas más peligrosas; 3- Ético: calidad profesional junto con un cambio de percepción del consumo, dejando de concebir esta conducta como un mero antivalor y liberarlo de prejuicios, de manera que “la identidad asignada pasaría a estar vinculada a la calidad de persona y ciudadano, y no a su condición de usuario de drogas o de portador de una enfermedad mental” (p. 17); 4- Comunicacional: educación pública usando los medios masivos de comunicación, a fin de informar a la población de manera sistemática, aclarando dudas y confusiones; 5- Legal: reforma de leyes y convenciones de drogas con el fin de proteger los derechos humanos y la soberanía de los pueblos, y 6- Comunitario: involucrando a los consumidores en las actividades de la comunidad, especialmente en trabajo de temas de salud.

Ahora bien, frente a los CAMAD, se cuestiona si puede considerarse como “modelo de política de reducción del daño”, o por el contrario, un receptor jurídico; al respecto se

consumo de sustancias psicoactivas. Colorado y Washington: el comienzo del fin del modelo prohibicionista”; Lisa Sánchez del Programa Latinoamericano para la Reforma de la Política de Drogas – TransformDrugs / MUCD abordando “Reducción de riesgos y daños en el marco de la reforma de las políticas”; Núria Calzada de energycontrol con el tema de “Acciones en reducción de riesgo y daño y su impacto en el comportamiento de consumidores y la Salud Pública”. Ver en https://mega.nz/#F!WEIVtqB!MBOgFhOmF0bBCygUVN0_1w!GF5HzC5Y

²⁶⁵ Contando con la ponencia de Fernando Caudevilla Gállego, Brun González, Raquel Peyraube, Núria Calzada, Chris Van Veen, Daan Van der Gouwe, entre otros. Ver en <http://www.semanapsicoactivabogota.com/invitados/>

²⁶⁶ Ver en <http://www.semanapsicoactivabogota.com/>

²⁶⁷ Raquel Peyraube como asesora ad hoc del Instituto de Regulación y Control del Cannabis de Uruguay, quien influyó “en la legalización del uso de la marihuana con fines terapéuticos en el gobierno de José Mujica. Doctora en Medicina, con formación en Psiquiatría y Psicoterapia Psicoanalítica en juventud y exclusión social y en problemas vinculados al consumo de sustancias adictivas, es también la directora Clínica del ICEERS, centro especializado en el tratamiento de enfermedades a través del uso de plantas.” (La mujer que impulsó la legalización de la marihuana en Uruguay, 29 de septiembre de 2015)

encuentran diversas opiniones, destacando las siguientes: 1- es un modelo exitoso²⁶⁸; 2- es una copia del programa canadiense Insite, criticado además por no cumplir con las funciones para la cual fue creado, con excesivo costo de manteniendo y carencia de funcionarios capacitados y/o con experiencia en el tratamiento de sustancias psicoactivas²⁶⁹; igualmente, 3- se denuncia que durante los años 2014 y 2015 se han registrado más de 5.000 alertas en Bogotá por uso de SPA en población joven, reprochando al gobierno distrital por su inactividad²⁷⁰; finalmente, 4-se han generado cuestionamientos por parte del Procurador General de la Nación, solicitando se analice su efectividad y los beneficios que ha presentado desde su implementación²⁷¹.

4.2.7. COMPARACIÓN DE LAS POLÍTICAS GUBERNAMENTALES

En la sentencia C-574 de 2011, la Corte Constitucional señala que después de la despenalización del porte y consumo de la dosis mínima de estupefacientes mediante la sentencia C-221 de 1994, los gobiernos de César Gaviria (1990-1994) y Ernesto Samper (1994-1998)²⁷², consideraron que la despenalización de la dosis personal era contraria a la

²⁶⁸ Al respecto la Alcaldía Mayor de Bogotá (2013, párr. 1) informa que el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), eligió a los CAMAD como la primera experiencia exitosa de política pública de drogas al hacer énfasis en la salud, la seguridad y la convivencia ciudadana.

²⁶⁹ Frente a los cuestionamientos del concejal y precandidato a la alcaldía Antonio Sanguino, la Secretaria de Salud manifiesta que los Camad no fueron creados a través del programa canadiense Insite, aclarando que se diseñó el programa con “los fundamentos conceptuales y las herramientas metodológicas del programa global de UNODC Red Mundial de Centros de Tratamiento y Rehabilitación (TREATNET)” (Valenzuela, 2014).

²⁷⁰ Según lo informa el diario El Espectador (24 de septiembre de 2015), donde se indica que la concejal Patricia Mosquera considera “que la Administración Distrital no está preparada para afrontar la prevención y atención de niños y adolescentes que están inmersos en el **consumo de sustancias psicoactivas (SPA)** en Bogotá.”, señalando igualmente sobre los CAMAD que “esta estrategia se basa en la reducción del riesgo y mitigación del daño, que en pocas palabras significa enseñar a consumir y pedirles que no generen daños sociales a los adictos, abriendo la puerta a la legalización del consumo y generando mayor permisividad frente a la situación”.

²⁷¹ Ver en: Un nuevo round por los CAMAD. (8 de septiembre de 2015). *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elspectador.com/noticias/bogota/un-nuevo-round-los-camad-articulo-584800>; Procurador pide revisar beneficios y eficacia de tratamientos a drogadictos en Bogotá. (8 de septiembre de 2015). *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elspectador.com/noticias/judicial/procurador-pide-revisar-beneficios-y-eficacia-de-tratam-articulo-584664>; Procuraduría pide probar eficacia de tratamientos a drogadictos en Bogotá. (8 de septiembre de 2015). *Semana*. Recuperado de <http://www.semana.com/nacion/articulo/procuraduria-pide-probar-eficacia-de-tratamientos-drogadictos/441694-3>; Distrito responde cuestionamientos por centros de atención a drogodependientes. (11 de septiembre de 2015). *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elspectador.com/noticias/bogota/distrito-responde-cuestionamientos-centros-de-atencion-articulo-585583>

²⁷² Así mismo lo aprecia López y Gómez (2014, p. 112); igualmente, Pérez (2015) considera que estos dos gobiernos “estuvieron totalmente marcados por los problemas del narcotráfico, enquistado en todos los estamentos de la sociedad. En esos ocho años no ocurrió nada digno de mención en el campo de reducción de la demanda: únicamente se realizaron campañas a través de medios masivos de comunicación, algunas de ellas de mucha recordación, pero que, como bien se sabe, no podían tener efecto alguno al carecer de un marco en el que se integraran y adquirieran pleno sentido” (p.74)

lucha contra las drogas e insistieron en la necesidad de retomar las sanciones para estas conductas, ideología que desapareció durante el gobierno de Andrés Pastrana (1998-2002), pero que regresó con ímpetu en el periodo de Álvaro Uribe (2002-2010) desde su campaña presidencial.

Respecto del desarrollo de las políticas para la reducción de la demanda en Colombia, la Ley 30 de 1986 (Estatuto Nacional de Estupefacientes), es abundante en contravenciones y tipificaciones de delitos, pero escasa en aspectos de prevención, rehabilitación y tratamiento, postura que se mantuvo en los gobiernos de César Gaviria (1990-1994) y Ernesto Samper (1994-1998), aunque se resalta en ese periodo, la sentencia C-221 de 1994 de la Corte Constitucional, mediante la cual se despenaliza el consumo de la dosis personal. (Larreamendy-Joerns y Vence, 2011, pp. 124-125)

Bajo el gobierno de Andrés Pastrana (1998-2002), pese al Plan Colombia, se le dio importancia al consumo de drogas, creando en 1999 el Programa Presidencial para el afrontamiento del consumo de sustancias psicoactivas denominado “RUMBOS”. Sin embargo, este programa fue cancelando en el primer periodo del gobierno de Álvaro Uribe, asignándole al Ministerio de la Protección Social lo concerniente al consumo de drogas en el marco de una política estatal con tendencia a sancionar la dosis personal. (Larreamendy-Joerns y Vence, 2011, pp. 125-126)

En la primera versión de lo que sería el Plan Colombia (PC) presentado por el expresidente Pastrana en octubre de 1998, se encontraba como el primer objetivo el desarrollo alternativo²⁷³. Sin embargo, por depender del apoyo de Estados Unidos, que representaba para Colombia un actor central en la lucha contra las drogas, el PC²⁷⁴ finalmente se distinguió por su esencia militar y su enfoque a los cultivos ilegales. Esta tendencia se extendió y aumentó en el gobierno Uribe donde la política de seguridad se fundamentaba en la guerra contra los

²⁷³ Ver el Plan Nacional de Lucha contra las Drogas: Colombia 1998 - 2002 (p. 26 y ss.) en http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/esp/planes_nacionales/colombia.pdf

²⁷⁴ Conforme a lo anterior, Tickner y Cepeda (2011, pp. 217, 222) concluyen que del Plan Colombia, los grandes logros para Colombia no se perciben de la disminución en los cultivos de coca, en la producción de cocaína o en su consumo, sino de un incremento en la seguridad, debilitamiento de las organizaciones ilegales, entre otros²⁷⁴; por tanto, la consideran una política muy costosa al compararla con los beneficios obtenidos, por los daños colaterales que ha ocasionado en los derechos humanos, ambientales, económicos, sociales, etc.

actores armados ilegales y el narcotráfico, ampliándose la intervención de Estados Unidos en el conflicto interno colombiano, al intensificar la cooperación militar como se evidencia con el Plan Patriota del año 2003; Tickner y Cepeda (2011, pp. 212, 214-215) señalan como diferencias entre éstos dos gobiernos²⁷⁵, el objetivo de Pastrana por alcanzar la paz y la negativa de Uribe de aceptar la existencia de conflicto armado en Colombia.

No obstante lo anterior, en el gobierno de Uribe se promovió investigaciones²⁷⁶ acerca del consumo y estudios sobre las instituciones prestadoras de servicios de tratamientos y rehabilitación, para la formulación de políticas y reglamentos²⁷⁷ con fundamento en análisis empíricos. Con todo, a juicio de Larreamendy-Joerns y Vence (2011, pp. 126-127), con la prohibición del porte de la dosis personal de estupefacientes consagrada en el Acto Legislativo 2 de 2009, se dio un retroceso en la política interna de reducción de la demanda de drogas, al considerarla inviable en su implementación judicial, así como en la infraestructura y personal especializado necesarios para la prestación de los servicios de salud.

Conforme a lo anterior, Mejía (2015) concluye que “en lo que respecta al consumo, la respuesta histórica ha sido menos sistemática y ha estado más expuesta a los riesgos políticos y a las prioridades definidas por el gobierno de turno; ello ha llevado a que esfuerzos de muy

²⁷⁵ Laurent (2011, pp. 185-189) concibe como semejanza en los gobiernos de los expresidentes Pastrana y Uribe el enfoque militar para combatir la producción y el tráfico de estupefacientes; no obstante lo anterior, hace las siguientes precisiones para diferenciar sus administraciones:

1- En relación al Gobierno de Pastrana, resalta el Plan Colombia, mediante el cual se enfrentó al narcotráfico con financiación solicitada a Estados Unidos, pero con rechazo discreto en el ámbito europeo.

2- Respecto de los Gobiernos de Uribe, la política de Seguridad Democrática se centró en el manejo del conflicto, como una continuación al Plan Colombia; en cuanto a la solicitud de ayuda militar para el rescate de secuestrados cometidos por las FARC, no recibió respuesta por parte de la Unión Europea; sin embargo, en esos 8 años la administración intentaba aumentar la cooperación europea, pero repitiendo estrategias usadas en años anteriores, distanciándola de la ayuda que la UE podría suministrarle.

Como un balance entre estas dos administraciones, Laurent (2011, p. 188) concluye que: “La propuesta de Pastrana en la que la paz era necesaria para combatir las drogas fue más cercana a los intereses europeos que la de Uribe de negar el conflicto armado, enfatizar en la lucha al narcoterrorismo y manejar las drogas con “tolerancia cero” (Tickner y Cepeda, 2011)”. No obstante lo anterior, éstos gobiernos no se ajustaron totalmente a los intereses europeos, aunque dieron a conocer la situación de Colombia en ese continente.

²⁷⁶ Larreamendy-Joerns y Vence (2011, pp. 126) resaltan: *Diagnóstico Situacional de Instituciones de Tratamiento, Rehabilitación y Reincorporación Social a Consumidores de SPA en Colombia* (2004); *Transiciones en el Consumo de Drogas en Colombia* realizado por la Corporación Nuevos Rumbos y financiado por la Dirección Nacional de Estupefacientes, (Pérez, 2007); y el *Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas* (2008).

²⁷⁷ Larreamendy-Joerns y Vence (2011, pp. 126) destacan: la Resolución 4750 de 2005 del Ministerio de la Protección Social, “Por la cual se definen las condiciones de habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de farmacodependencia, y se dictan otras disposiciones”, y el Plan Nacional de Reducción de la Demanda (2009-2010)

alto nivel técnico e inversiones importantes, no tuvieran sostenibilidad y no se les permitiera construir procesos y consolidar, para el mediano y largo plazo, una capacidad instalada.” (p. 54), promoviendo que en la defensa de lo público, del Estado y la sociedad, la política no se circunscriba únicamente a un gobierno determinado, sino que se consolide y prolongue, para evitar “duplicidad y dispersión de acciones que a la larga, debilitan la gestión”. (p. 56). Igualmente se pone de manifiesto el desequilibrio existente en el presupuesto fijado para la disminución de la oferta el cual sobrepasa en 15 veces a la estipulada para la reducción del consumo (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia en su Informe Final de 2015, p. 25)

En cuanto a los elementos de la estructura estatal que trabaja en el consumo de SPA, la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia en su Informe Final de 2015, considera que “la normatividad está llena de elementos dispares y carentes de un hilo conductor en muchos casos, o inaplicables por la ingente cantidad de recursos que requiere su implementación. En lo relacionado con las instituciones, el núcleo de atención del problema del consumo de drogas se encuentra ubicado en el Ministerio de Salud y Protección Social, pero este Ministerio sólo cuenta con una pequeña oficina que tiene asignadas otras funciones y sufre de una constante rotación de personal. En cuanto a la calificación profesional en las instituciones responsables, con demasiada frecuencia no se cuenta con el personal calificado para asumir estas funciones.” (p. 26). Igualmente hace alusión a la falta de sostenibilidad de los proyectos y de recursos para evaluar los programas implementados, a pesar que se habla de fundamentarse en evidencias.

5. AMBIVALENCIAS DEL MARCO JURÍDICO

La Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia en su Informe Final de 2015 (pp. 19-20), de conformidad con lo dicho por Uprimny en los Documento Técnicos (2015, pp. 27-30), clasifica la regulación del consumo de SPA de los últimos 20 años en Colombia, en cuatro fases denominadas y explicadas de la siguiente forma:

1- **Prohibición Estricta**: se encuentra el Estatuto Nacional de Estupefacientes (Ley 30 de 1986), que penaliza el porte y consumo.

2- **Despenalización del Consumo**: se ubica a la sentencia C-221 de 1994, mediante la cual se declara inexecutable la penalización del porte y consumo. Para garantizar el libre desarrollo de la personalidad contemplado en el artículo 16 de la Constitución, en este fallo también se deja en claro la prohibición de obligar a los consumidores a recibir tratamiento, por considerar que el mero consumo no afecta a terceros, y en algunos casos tampoco la salud personal; en este sentido, si se criminaliza sería imponer un modelo de conducta y extralimitar el uso del derecho penal; no obstante lo anterior, permite que el Estado implemente medidas educativas para desalentar el consumo. Dentro de los detractores de ésta sentencia se destacan al Presidente de la época César Gaviria, y al expresidente Álvaro Uribe Vélez desde el 2002, por desplegar estrategias con el fin de regresar a la punición.

3- **Incertidumbre legal**: debido a que la reforma del artículo 49 de la Constitución Política que consagra el derecho a la salud, realizada por el Acto Legislativo 2 de 2009, prohíbe el porte y consumo de SPA (salvo prescripción médica), no estableció que esta conducta fuera penalizada y en cambio se determinaron derechos a los consumidores, como el acceso a tratamientos, para lo cual es indispensable que el drogodependiente dé su consentimiento; incertidumbre que se incrementó con la Ley 1453 de 2011 sobre Seguridad Ciudadana, mediante la cual se suprimió del artículo 376 del Código Penal la disposición que exceptuaba lo relacionado con la dosis personal. En tal sentido, no existía claridad en la posición que debían asumir las autoridades policiales y judiciales.

4- **Regreso a la despenalización del consumo**: con los pronunciamientos judiciales se ratifica la imposibilidad de penalizar en Colombia el porte y consumo de la dosis personal, aclarando que este criterio puede aplicarse aun cuando se excedan las cantidades fijadas para la dosis mínima, siempre y cuando su propósito no sea la distribución, sino el consumo personal. Se destaca a la Sentencia C-574 de 2011, donde se explica y recalca que la reforma del artículo 49 no penaliza el porte y consumo de la dosis mínima, igualmente las decisiones de la Corte Suprema de Justicia donde se reiteró su jurisprudencia sobre abastecimiento, y finalmente la Ley 1566 de 2012 que determina la normatividad para garantizar una atención integral del consumidor.

En tal sentido, López y Gómez (2014), en relación con la reforma de Acto Legislativo 2 de 2009, consideran que no se ha materializado por cuanto “para cualquier consumidor se hace innecesaria la existencia de una prescripción médica para poder consumir su dosis mínima.” (p. 113); así mismo, exponen la incoherencia entre las leyes promulgadas por la rama legislativa (Congreso de la República) y las decisiones proferidas por la rama judicial (Corte Constitucional y la Corte Suprema de Justicia), por cuanto la norma prohíbe el consumo personal de sustancias psicoactivas, pero la jurisprudencia recalca que esta conducta no es objeto de ninguna sanción penal. No obstante lo anterior, también se destaca algunos cambios de perspectiva en la legislación, dirigidas a medidas preventivas y terapéuticas como se evidencia en la Ley 1566 de 2012 (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia, 2015, p. 20) y la Ley 1787 de 2016.

En esta línea, Correa (1999) define la sentencia C-221 de 1994 como “filosóficamente liberal, lógicamente contradictoria y políticamente cuestionable” (párr. 1 de las conclusiones); en relación al primer sentido, manifiesta que no debe entenderse la autonomía de la persona como absoluta, porque existen unos límites, y que ese consumo de estupefacientes es un “ejercicio abusivo” de este derecho; en cuanto al segundo calificativo, expone una incoherencia debido a que los diferentes gobiernos han luchado contra las drogas, y ahora se permita que una persona en virtud de un derecho fundamental decida sobre si consume o no sustancias psicoactivas; a su vez resulta incompatible desde dos ángulos, por una lado el consumidor se convierte al adquirir su dosis personal en un cómplice del delito de producción, procesamiento, transporte y comercialización de estupefacientes, y por el otro, a los sujetos que intervienen en esta cadena se les sanciona por obtener beneficio de un acto lícito. Por último, al referirse a la última característica, hace hincapié en dos aspectos, el primero indicando que la sociedad colombiana no se encuentra lo suficientemente educada para que pueda tomar una decisión adecuada al respecto, y segundo, opina que el poder judicial no es el idóneo para tomar decisiones con tanta trascendencia política, señalando que la Corte Constitucional no es un órgano elegido por elección popular.

Igualmente, López y Gómez (2014, p. 103) consideran que Colombia es el único país en el mundo donde el juez constitucional (haciendo referencia a la sentencia C-221 de 1994 proferida por la Corte Constitucional) ha regulado el consumo de drogas, por cuanto el Congreso no ha legislado al respecto, contextualizado en un mundo donde existen países que mantienen legislaciones punitivas y prohibicionistas, otros que han elegido la despenalización, así como algunos que han implementado políticas de reducción del daño e incluso la legalización del consumo. Al respecto, López y Gómez (2014) considera estas situaciones como un desafío al sistema democrático, por cuanto los magistrados del órgano judicial que no son elegidos democráticamente, resuelvan un tema que debía debatirse en el Congreso de la República, aunque consideran que “dado el desprestigio de este órgano de representación popular, el ciudadano del común ve con buenos ojos la intervención de la Corte en esta discusión y en la mayoría de asuntos políticos, jurídicos, sociales económicos del país.” (p. 114).

Por tanto, el marco jurídico colombiano en relación al fenómeno de las drogas, desde la implementación del régimen prohibicionista ha presentado algunos cambios, evidenciándose el constante debate para aplicar nuevas alternativas o posturas que por el contrario pretenden revivir medidas que han sido proscritas. Al respecto, tiene gran incidencia la noción que se tiene de conceptos como la dignidad, el libre desarrollo de la personalidad, derecho a la salud, potestad y obligaciones del Estado, que han influenciado al momento de fundamentar la jurisprudencia, redactar las normas o diseñar políticas.

Cabe señalar que “la dignidad es un concepto clave jurídico-constitucional respecto a la relación del hombre con el Estado” (Starck, 2008, p. 253), entendiéndose de este modo que el derecho y todas las creaciones humanas tienen su eje y finalidad en el hombre, y por tanto se convierten en instrumentos para alcanzar su total desarrollo.

Al respecto, Nino (2007, pp. 420-422) pone de ejemplo la punición del consumo de drogas, y recalca los daños individuales y sociales que presenta la adicción, ya que puede degradar la calidad de vida (afectar las capacidades de las personas en el ámbito emocional, físico, psíquico, laboral); también presenta consecuencias perjudiciales para la comunidad, al

expandirse como una epidemia y al estar relacionado con la comisión de algunos delitos; finalmente, el reproche de esta conducta por la opinión moral.

En tal sentido, estudia la interferencia estatal con base en argumentos perfeccionista (por la sola autodegradación moral se justifica la intervención del derecho, induciendo a la adopción de conductas dignas), paternalistas (legitimidad del orden jurídico para desalentar el consumo por medio de castigos, a fin de proteger a consumidores de daños físicos y psíquicos) y de protección de terceros y/o defensa social (punición de justifica para proteger a los no drogadictos y a la sociedad contra las consecuencias perjudiciales que se producen por el consumo de estupefacientes de algunos de sus miembros) (Nino, 2007, pp. 420-423).

Respecto del argumento perfeccionistas hace alusión a la concepción liberal que “rechaza el modelo de organización social globalizadora que abarca todos los aspectos de la vida de un individuo y en las cual las preferencias de cierta gente respecto de cómo deberían desarrollarse las vidas ajenas, prevalece sobre la de los titulares de esas vidas.” (Nino, 2007, pp. 424-425), en tal sentido, se considera que este argumento no es un fin legítimo del sistema jurídico al entrar en conflicto con la libertad de las personas de adoptar y desarrollar sus planes de vida sin intervención de las demás personas y del Estado; los ideales de excelencia humana no deben imponerlos el Estado, sino que actúa la libre elección de las personas, relacionada con una concepción del individuo en tanto es capaz de elegir sus propios fines; libertad procedente del principio de autonomía consagrado en los art. 4 y 5 de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789 (Nino, 2007, p. 426).

En relación con el argumento paternalista, considera que consiste en proteger a las personas de futuros daños (para el tema de investigación se traduce en preservar la salud), sin imponer ideales de excelencia humana y desalentando decisiones que pueden acarrear perjuicios (Nino, 2007, pp. 427-428). En tal sentido, se considera como una medida paternalista, el hecho de suministrar información, a fin de promover la libertad de elección de estilos de vida, para que se analicen con mayor cuidado las decisiones y así evitar daños (Nino, 2007, p. 416). Por otro lado, se aclara que el hecho de imponer a otros un modelo de sociedad es una tensión social (Nino, 2007, p. 418).

Finalmente, con el argumento de la defensa social, se indica como algunos daños sociales de la drogadicción, el contagio de los no drogadictos por la tendencia de inducirlos, la relación que tiene con acciones delictivas y la incapacidad del adicto en aportar con su trabajo en el bien común (Nino, 2007, pp. 441-444).

Conforme a lo expuesto, concluye Nino (2007, pp. 445-446) a la luz del principio de autonomía de la persona, que los tres argumentos no justifican la represión de la tenencia de drogas con fin exclusivo de consumo personal; finalmente se cuestiona si el castigo puede ser justificado sin desnaturalizar el reconocimiento de la libertad personal, considerando este autor que la respuesta es negativa.

En cuanto al derecho a la salud, los artículos 47 y 49 de la Constitución Política, establecen la obligación que tiene el Estado de garantizar su acceso a todas las personas y proporcionar una atención especializada a quienes se encuentren con debilidad física o mental, por ser personas más vulnerables; por otro lado, con el Acto Legislativo 2 de 2009 se promulga la prohibición de portar y consumir estupefacientes, reforzando el deber que tiene el Estado en prevenir el consumo, rehabilitar a los consumidores y prestar atención a sus familias. En tal sentido, Mejía (2015, p. 51), relaciona a la salud integral como un indicador del desarrollo humano.

Csete (2014, pp. 76 y 83) concluye que los servicios de salud para consumidores de drogas muestran beneficios sociales y económicos²⁷⁸, como la disminución de la delincuencia y daños asociados a su consumo, planteando frente a la falta de financiación y asequibilidad de estos servicios que cubran las necesidades, que el gobierno los conciba como una prioridad en el momento de asignar los recursos públicos, así como elaborar estándares de calidad y sistemas de monitoreo, sin interponer objeciones en la prestación del servicio.

²⁷⁸ Al exponer Csete (2014, p. 79) que “el costo promedio del tratamiento era de US \$1,583 por persona pero el beneficio para la sociedad llegaba a un nivel de US \$11,487, una proporción de 7:1”, según un estudio de Ettner, Susan L., David Huang, Elizabeth Evans, Danielle Rose Ash et al. (2005) “Cost-benefit in the California Treatment Outcome Project: does substance abuse treatment ‘pay for itself?’” [Costo-beneficio de los Resultados del Proyecto para Tratamiento en California: ¿“se paga por sí mismo” el tratamiento por abuso de sustancias?], Health Research and Educational Trust 41 (pp. 193-4).

Conforme al Resumen Ejecutivo de los “Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia” elaborado por la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia (2015, pp. 3-5), el país con financiación parcial de Estados Unidos ha invertido durante los últimos 15 años aproximadamente USD\$1.200 millones por año en la lucha contra el mercado de las drogas y resalta la desproporción entre los recursos asignados a las políticas de reducción de la oferta de las drogas que supera 15 veces a las de reducción del consumo, máxime si se tienen en cuenta que Colombia actualmente no sólo es nación productora sino también un país consumidor en aumento de sustancias lícitas e ilícitas, conforme a los estudios epidemiológicos del consumo de drogas en Colombia en población general (2008 y 2013), escolar (2001 y 2011) y universitaria (2009 y 2012), evidenciando también concentración de consumo en algunas regiones del país como Antioquia, el Eje Cafetero, Valle del Cauca y Bogotá, así como el uso de diferentes y nuevas sustancias.

Kleiman y Ziskind (2014, p. 84) consideran que en el debate sobre la legalización del cannabis, se enfrentan la moralidad y salud contra libertad y seguridad pública. Al respecto, plantean que debe tenerse precaución con la comercialización, ya que si se fomenta un consumo intensivo no podrá controlarse, recomendando que primero se opte por otorgar a entidades sin ánimo de lucro la producción y venta o se trate de un monopolio estatal, así como diseñar correctamente políticas de prevención y tratamiento, previendo que el abuso de sustancias aumentará en un régimen de disponibilidad legal. Por otro lado, “la legalización representa una exigencia ciudadana al Estado para que limite su capacidad de intervención en la vida de los individuos y a la vez garantice el acceso a un bien que condensa la posibilidad de realización de un derecho de quienes, bajo el signo de la prohibición, perdieron la voz” (Restrepo, 2013, pp. 77-78)

En el mismo sentido, el Centro de Estudios Legales y Sociales – CELS (2015), frente al caso Colombiano señala: “Queda claro que si bien el consumo de sustancias psicoactivas es una actividad amparada en derechos por el ordenamiento jurídico colombiano, su criminalización constituye una práctica cotidiana de las fuerzas de seguridad estatal” (p.20).

EN SÍNTESIS...

Se puede evidenciar la importancia que presentan los diferentes órganos del Estado en el contexto normativo, jurisprudencial y político, pero también la falta de coordinación para lograr que sus decisiones sean efectivas y perduren por un tiempo razonable; que permita así mismo, obtener estudios científicos sobre los resultados que se puedan extraer.

Antes de implementar cambios radicales en el ordenamiento jurídico, las instituciones tanto del sector público como del privado requieren modificaciones, a fin de prestar un servicio óptimo, integral y de calidad en salud. Por tanto, resulta indispensable la asesoría de expertos en políticas de demanda de drogas; así como una excelente formación y capacitación del personal, en procedimientos médicos, psiquiátricos, psicológicos y sociales. También es necesario mejorar el modelo educativo para todos los habitantes, no solo población vulnerable (niños, adolescentes, consumidores y adictos), reiterando que abarque familias, profesores y sociedad en general.

Por otro lado, se requiere que las políticas implementadas no obedezcan única y exclusivamente al gobierno que detente el poder por determinado tiempo, como hasta ahora sucede en Colombia. De lo contrario, nunca se verán resultados efectivos, ni generaran confianza, ni estabilidad a la sociedad.

Así mismo, vemos que algunas posturas de los gobernantes han presentado cambios en el transcurso del tiempo, lo cual no puede ser reprochable, teniendo en cuenta que las personas viven constantes cambios que pueden generar reflexiones y la necesidad de adoptar nuevas posiciones. Lo que si resultaría reprochable en los líderes y/o gobernantes es: 1- mantenerse o insistir en posiciones que resulten contrarias al interés general; 2- que los cambios se deban por complacer a otras naciones, organizaciones o intereses exclusivamente particulares.

En cuanto a los CAMAD, pese a los desaciertos y críticas que se le han hecho, se evidencia que es una medida que le apuesta a materializar una “Bogotá humana”, incluyente y sin estigmas, recordando que existen personas olvidadas y que requieren de la ayuda del Estado y la comunidad. Como se indicó anteriormente, algunas fuentes sostienen que no es un

programa creado en Colombia, por cuanto tiene medidas desarrolladas previamente en otros países; no obstante lo anterior, se evidencia el compromiso del gobierno del exalcalde Petro por cumplir con lo ordenado por la Ley 1641 de 2013 y la Constitución Política.

Por otro lado, es importante destacar del actual gobierno distrital, en cabeza del alcalde Enrique Peñalosa, los operativos que se realizaron contra las organizaciones criminales en “El Bronx” y otros sectores de la capital colombiana, desde mayo de 2016²⁷⁹; pese a la necesidad de intervenir estas zonas por parte del gobierno local, surgen diversas incertidumbres del futuro de los habitantes de la calle, las bandas delincuenciales y las actividades ilícitas, generando la inquietud si se repetirá lo ocurrido en su anterior mandato como alcalde con “La Calle del Cartucho”, desplazando y/o trasladando a otros sitios los graves problemas y delitos que ocurrían en estas zonas²⁸⁰.

Finalmente, es importante destacar los avances que se están presentando en el país, al regular el cultivo, la producción, la fabricación, el uso del cannabis y sus derivados, entre otras actividades, con fines médicos y científicos, y más aún que exista coherencia entre las ramas del poder público teniendo en cuenta que primero el Ejecutivo expidió el Decreto 2467 de 2015 , y posteriormente el Congreso de la República promulgó la Ley 1787 de 2016, para garantizar el acceso seguro e informado a medicamentos que presentaban serias restricciones y estigmas, pero que han demostrado ser de gran ayuda en el tratamiento de algunas enfermedades y dolencias.

²⁷⁹ Profundizar con la entrevista que realizó *Semana* en vivo a Daniel Mejía (Subsecretario de Seguridad de Bogotá), Jorge Rojas (Exsecretario de Integración Social), Jairo Libreros (Consultor Político y Profesor Titular de la Universidad Externado) y Juan Carlos Flórez (Concejal de Bogotá por la Alianza Social Independiente). Al respecto, el Subsecretario de Seguridad en su intervención manifiesta que consistía en una operación interinstitucional con los pilares de seguridad y atención social, en este último punto aclarando que se desarrolló medidas de persuasión a los habitantes de calle para que asistan a los albergues.

²⁸⁰ Ver: Policía interviene el 'Sanber' y Cinco Huecos. (22 de junio de 2016). *Semana*. Recuperado de <http://www.semana.com/nacion/articulo/sanber-y-cinco-huecos-fueron-intervenidos-por-la-policia/478809>

CONCLUSIONES

A. RECOMENDACIONES DE LOS EXPERTOS

Para presentar de manera esquemática una serie de recomendaciones respecto al régimen sobre el consume de drogas, se agruparon los principales propuestas de varios autores en diez temas que resultan indispensables a la hora de abordar la política de drogas con un énfasis en la demanda, así:

- 1- El eje central es la persona²⁸¹.
- 2- Respeto a los derechos humanos²⁸².
- 3- Abordar la problemática desde una perspectiva de salud pública (reducción de riesgos y daños)²⁸³.
- 4- Trabajar en prevención y educación²⁸⁴.
- 5- Participación ciudadana²⁸⁵.
- 6- Reorientación del derecho penal²⁸⁶.
- 7- Monitoreo y evaluación de las políticas – planes diseñados con fundamento en investigaciones²⁸⁷.
- 8- Cambios en el marco internacional²⁸⁸.

²⁸¹ Ver: Comisión Global de Política de Drogas (2011, p. 2); Woodrow Wilson Center - Fundación Ideas para la Paz (2013, p. 2); entre otros.

²⁸² Ver: Woodrow Wilson Center - Fundación Ideas para la Paz (2013, pp. 1-4); Uprimny (2015, p. 34); Comisión Global de Política de Drogas (2011, pp. 3 y 17); entre otros.

²⁸³ Ver: Woodrow Wilson Center - Fundación Ideas para la Paz (2013, pp. 2-4); Jelsma – TNI (2008, pp. 6-8); Larreamendy-Joerns y Vence (2011, pp. 141); Mejía (2015, pp. 58-59); Mathieu (2013, p. 20); Uprimny (2015, p. 33); entre otros.

²⁸⁴ Ver: Asuntos Del Sur - Observatorio Latinoamericano de Políticas de Drogas y Opinión Pública (2013/2014, pp. 17-18); Comisión Global de Política de Drogas (2011, p. 3); Larreamendy-Joerns y Vence (2011, pp. 138-139); entre otros.

²⁸⁵ Ver: Larreamendy-Joerns y Vence (2011, p. 140); Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, 2009, p. 14); entre otros.

²⁸⁶ Ver: Arana (2013, p. 140); Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia en su Informe Final de 2015 (p. 21); Uprimny (2015, p. 38); Jelsma – TNI (2008, pp. 10-12); Barra, Joloy y Sánchez (2015, p. 4); Jelsma - Transnational Institute (2009, pp. 3, 19); entre otros.

²⁸⁷ Ver: Centro de Estudios Legales y Sociales – CELS (2015, p. 63); Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia en su Informe Final de 2015 (p. 21); Borda (2011, pp. 169-171); Larreamendy-Joerns y Vence (2011, pp. 137); Camacho, Gaviria y Rodríguez (2011, p. 44); entre otros.

9- Cambios de paradigma²⁸⁹.

10- Para el caso Colombiano se pueden plantear las siguientes propuestas:

a) Gaviria y Mejía (2011, pp. 8-9) señalan las siguientes recomendaciones, profundizando en Colombia: 1- La planeación de estrategias antidrogas deben fundamentarse en evidencia científica y no en ideologías; 2- La responsabilidad del consumo de drogas no debe recaer solo en el Estado, ya que las ONG y la sociedad civil desempeñan una papel importante en la prevención, aunque es deber del gobierno acompañar su labores, financiándolas parcialmente; 3- Colombia tiene la autoridad para promover un debate internacional sobre la posición prohibicionista, buscando nuevos aliados estratégicos.

b) Dentro de las principales recomendaciones de la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia en el Resumen Ejecutivo de los “Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia”, conforme a lo descrito por Pérez (2015, p. 84), cabe resaltar: 1- Orientación a la salud pública y respeto a los derechos humanos, cuestionando el actual régimen prohibicionista que se evidencia en la Convenciones de la ONU. 2- Enfoques diferenciados según territorio, poblaciones y necesidades, haciendo énfasis en grupos discriminados y vulnerables como mujeres, étnicos o en situación de pobreza. 3- Políticas fundamentadas en evaluaciones publicadas a toda la sociedad. 4- Evitar las elecciones extremas como son el prohibicionismo estricto y la penalización del consumidor o la total liberalización del mercado, siendo más idóneas las opciones intermedias como la reducción del daño y regulación del mercado. 5- Clara diferenciación entre políticas sobre consumo y las de producción – comercialización. 6- Las políticas para disminuir la demanda deben tener carácter de políticas de Estado y no de Gobierno, es decir, estables, prolongadas y sistematizadas, donde abarque desde el nivel nacional hasta el municipal y con proyección

²⁸⁸ Ver: Anand Grover, como Relator Especial de la de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2010, pp. 27-28); Comisión Global de Política de Drogas (2011, p. 3); Mathieu (2013, pp. 19-20); Galán y Guerrero (2008, pp. 127-130); Woodrow Wilson Center - Fundación Ideas para la Paz (2013, p. 3); Larreamendy-Joerns y Vence (2011, p. 138); Jelsma – TNI (2008, pp. 13-14); Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia (2009, p. 14); entre otros.

²⁸⁹ Ver: Anand Grover (2010, pp. 23-27); Pontón (2013, pp. 44-45); Jelsma – TNI (2008, pp. 2-5, 13); Comisión Global de Política de Drogas (2011, p.2); Jelsma - Transnational Institute (2009, p. 20); Mathieu y Niño (2013, p.54); Vergara (2013, pp. 2.8, 240, 253-255); Sáenz (2009, pp. 257-258); Kleiman y Ziskind (2014, pp. 84-85); México Unido Contra la Delincuencia - Transform Drug Policy Foundation (2013, pp. 140-142); Arana (2013, pp. 129-130); entre otros.

mínima de 10 años. 7- Atención integral al consumidor. 8- Regular el uso medicinal de la marihuana. 9- Énfasis en prevención del consumo en menores de edad. 10-Revaluar las estrategias de aspersión con glifosato. 11- Programas de desarrollo alternativo para los cultivadores. 12- Reducción de la violencia. 13- Actualización del Estatuto Nacional de Estupefacientes (2015, pp. 8-12)

B. PRINCIPALES IDEAS Y PROPUESTAS

Es válido e importante estudiar los diferentes modelos propuestos y/o implementados en varias partes del mundo, teniendo en cuenta la variedad de medidas que se plantean y pueden adaptarse a nuestro país; en este punto, se encuentran distintas posiciones a favor, en contra o con infinitud de inquietudes respecto de las decisiones que se adoptan con el transcurrir de los días, las cuales surgen por la necesidad de controlar y regular diversas circunstancias que se presentan y muchas veces son consecuencias del consumo de SPA, así como de las políticas implementadas, el marco reglamentario y la actuación u omisiones de la comunidad y el Estado.

Al respecto es evidente la fuerza que tiene actualmente la opinión pública, máxime cuando se transmite por redes sociales, medios masivos de comunicación y/o espacios de congregación, donde se difunde todo tipo de información, desde una consideración personal, ideales grupales o investigaciones científicas, lo cual incide en las reacciones que puede generar cualquier cambio en el marco jurídico o en las decisiones que en derecho se adopten.

Ahora bien, al estudiar los orígenes y la evolución del ordenamiento jurídico colombiano relacionado con el tema de investigación, se evidencia la tendencia de adoptar modelos extranjeros y respetar las disposiciones internacionales. En tal sentido, es importante actuar con prudencia, lo cual no es sinónimo de inercia, a la hora de implementar medidas que se están desarrollando en otros países. Por ende, es necesario que las decisiones a nivel legislativo y ejecutivo no se den por el simple hecho, que otras naciones lo están realizando, es decir, por razones de “estatus mundial” donde se considera atrasado al que no sigue o actúa como los demás.

En tal sentido, resulta indispensable revisar el contexto de Colombia, el cual presenta bastantes diferencias con algunos países objeto de investigación, teniendo en cuenta factores como el conflicto armado, la violencia en la sociedad, la corrupción, serios cuestionamientos en materia de educación y salud, estatus de país productor de drogas, al cual se le está sumando el de consumidor, así como el entorno y posición geográfica.

Lo anterior, no significa que Colombia deba ser un país impermeable y renuente a los cambios, sino que las personas (naturales o jurídicas) actúen con precaución, adopten decisiones basadas en estudios científicos, que abarquen las sustancias, los consumidores, los entornos sociales, las verdaderas causas y efectos del consumo, analizadas por expertos en el tema, quienes den un concepto imparcial y objetivo sobre las experiencias en otras regiones del globo, con el cual se pueda prever las posibles implicaciones que acarreen las medidas que se pretender aplicar.

Por otro lado, se evidencia un ciclo en la aplicación de los modelos, en la postura de la población, líderes y organizaciones, así como en el ordenamiento jurídico nacional e internacional. Lo anterior, debido a los constantes cambios que presentan las políticas y las opiniones sobre el consumo de drogas. En sus orígenes queda claro que el uso de algunas sustancias está ligado con culturas milenarias, pero con posterioridad se implementaron medidas restrictivas, las cuales se expandieron a nivel internacional. No obstante lo anterior, existe la tendencia a permitir nuevamente el uso de estas sustancias, aunque en primera medida bajo el control del Estado y con la intervención del sector privado.

Frente a éste último punto surgen algunos cuestionamientos, que de alguna manera generan inestabilidad y oscuridad en el panorama, como es el hecho del evidente cambio de políticas, ligadas por el gobernante de turno, así como la lamentable percepción que se tiene del Estado (corrupción e inoperancia). Igualmente, hay que hacer frente al interés económico e imagen individualista que presentan las empresas del sector privado, a las cuales les favorecería un negocio de sustancias que presenten componentes adictivos, para así obtener grandes ganancias y de forma perenne.

Por estas razones, que pueden ser más de índole ético y moral (en concordancia con los principios orientadores de la Carta Política, señalados en su parte introductoria, así como los que rigen la función administrativa, contenidos en el artículo 209 de la C. P., y demás normas aplicables), es necesario que efectivamente las políticas, normas y decisiones judiciales, se expidan con el único fin del bien común, que comprendan el respeto a la dignidad humana, la justicia y la prosperidad, así como los demás derechos fundamentales, reconocidos y garantizados a todas las personas, como se deduce de los planteamientos de Hart.

Ahora bien, existen factores que aumentan los riesgos en el consumo de drogas, como son la baja calidad en la educación, exclusión social, difíciles condiciones socio/económicas, familias disfuncionales y entornos violentos; por otro lado, existen casos donde de forma “aleatoria” las personas pueden caer en un uso indebido de las drogas, ya sea por circunstancias que lo acercaron al consumo inicial y lo ataron a un continuo uso que afecta sus vidas, o por predisposición genética.

Por tanto resulta indispensable, la prevención y la educación que cubra a todas las personas, aplicando las diferentes modalidades señaladas a lo largo del texto (conforme al tipo de población a la que se dirige). La educación, tal como se dispuso en la sentencia C-221 de 1994, es la herramienta necesaria para remover la ignorancia que se tiene sobre las drogas; en tal sentido, la información que se suministre debe estar fundamentada en estudios científicos, que muestren resultados favorables o perjudiciales, para que las personas tengan la capacidad de elegir con convicción y argumentos claros, si optan por el uso de estas sustancias o desechan esta posibilidad, teniendo en cuenta todos los efectos o consecuencias que pueda presentar su decisión.

En este punto, resulta necesario proteger a los niños, niñas y adolescentes, teniendo en cuenta que están formándose tanto física, mental como intelectualmente; en la mayoría de usos problemáticos de drogas, lamentablemente es en esta etapa donde empieza el punto de partida de un consumo que presenta todo tipo de problemáticas (salud, social, discriminación, hasta alcanzar el nivel penal y/o terminar en la muerte). Al respecto, es una responsabilidad que no solo corresponde al Estado, a la familia o a las instituciones educativas, sino a toda la sociedad

en general; por tal motivo, no se debe tolerar el suministro de estas sustancias a los menores, frente a lo cual son válidas las acciones educativas e incluso las denuncias ante las autoridades competentes o implementación de otras medidas que le den solución, recalcando que las mismas deben observar la dignidad y demás derechos fundamentales.

Es interesante, acciones de algunas organizaciones que suministran información en diferentes espacios (educativos o recreacionales), permeándose de la realidad social en la que viven los jóvenes y niños, lo cual facilita un contacto más directo y sincero con la población más vulnerable.

Como complemento, es importante brindar a la comunidad programas que despierten el interés de los jóvenes por involucrarse en ámbitos culturales, deportivos, artísticos, científicos, ambientales, entre otros; lo anterior, con el fin de evitar y/o reducir el acceso a sustancias tanto ilícitas como lícitas (alcohol y tabaco).

En cuanto a los planteamientos de diseñar y aplicar las políticas con un enfoque de reducción del daño, se está tratando al consumidor como un ser humano que necesita del apoyo del Estado y la sociedad, garantizando el derecho fundamental de la salud de forma universal y solidaria, como lo establece la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en concordancia con la Ley 100 de 1993.

En contraste, también resulta importante destacar la reglamentación sobre el uso médico y científico que se le puede dar al cannabis y sus derivados; lo anterior, con fundamento en investigaciones serias que han dado resultados favorables para este fin. Al respecto, se importante reiterar que el eje de este tipo de normatividad debe ser las personas, comprendiendo sus derechos fundamentales a la vida y la salud, y bajo ningún motivo primar los intereses económicos de los particulares. Por ende, es necesario suministrar total información sobre eventuales contraindicaciones de estas sustancias.

Por lo expuesto anteriormente, se infiere que es más rentable en todos los aspectos (vidas humanas, garantías de derechos, contexto social-económico, entre otros), una sólida política

de prevención, que perdure a pesar de los cambios políticos y/o de gobiernos, y que no sólo abarque las drogas calificadas como ilegales, sino también sustancias como el alcohol y el tabaco. Por otro lado, a pesar de las diversas posiciones entre los organismos del Estado, se evidencia un progreso en la protección de los derechos humanos. Así mismo, las políticas que se adopten deben cubrir a toda la población y abarcar a todos los medios y/o espacios existentes, es decir, debido al uso cada vez más frecuente de las TIC, el Estado debe tener presencia en éstos.

Por tanto, la carencia de un consenso internacional en políticas de drogas, no impide que algunas medidas implementadas en ciertos países sirvan como modelos para otros Estados, siempre y cuando se adapten a los contextos de la sociedad, partiendo que no es posible cumplir la premisa de “un mundo libre de drogas”, pero teniendo la claridad que su objetivo principal debe ser la garantía de los derechos humanos.

En conclusión, conforme a los argumentos expuestos, se deduce que el modelo más apropiado a la situación colombiana, es una que comprenda fuertes y serias medidas preventivas, complementado con integrales programas de reducción del daño. En tal sentido, se apoya la perspectiva de asumir el fenómeno de las drogas como una cuestión de salud pública, donde se garantice al consumidor sus derechos fundamentales y sea tratado como un ser humano; para tal fin, los recursos destinados a la demanda deben aumentarse considerablemente y dirigirse a políticas de educación y salud, sin descuidar y efectivamente ejecutar los lineamientos en seguridad, especialmente aquellos orientados a la protección de los menores de edad, ya que es una de las debilidades que presentan las instituciones del país.

ANEXOS – JURISPRUDENCIA COLOMBIANA

SENTENCIAS CORTE CONSTITUCIONAL			
NO. SENTENCIA / FECHA	MAGISTRADO (A) PONENTE	TEMAS	DECISIÓN
C-221 de 1994	M.P. CARLOS GAVIRIA DÍAZ; Salvamento de voto JOSE GREGORIO HERNÁNDEZ GALINDO, HERNANDO HERRERA VERGARA, FABIO MORÓN DÍAZ y VLADIMIRO NARANJO MESA	Despenalización del consumo de la dosis personal: derecho al libre desarrollo de la personalidad; educación como obligación estatal. Salvamento: El derecho al libre desarrollo de la personalidad no es un derecho absoluto, la drogadicción atenta contra la dignidad humana y paradoja /contradicción	EXEQUIBLE el literal j) del artículo 2o. de la ley 30 de 1986. INEXEQUIBLES los artículos 51 Y 87 de la ley 30 de 1986 (este último por constituir unidad normativa con los acusados.)
C-420 de 2002	JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO	Libertad de configuración legislativa en política criminal; libre desarrollo de la personalidad no habilita para comisión de delitos - tipificación constituye un límite; tráfico de estupefacientes-naturaleza de bienes jurídicos protegidos-no exoneración de responsabilidad penal por consentimiento de víctima	INHIBIRSE de decidir de fondo en relación con la demanda interpuesta contra los artículos 39, 40 y 41 de la Ley 30 de 1986. EXEQUIBLE los artículos 32, 33, 34, 35, 36, 37 en lo demandado, 38, 42 y 43 de la Ley 30 de 1986 y el artículo 6 del Decreto 1856 de 1989.
T-684 de 2002	MARCO GERARDO MONROY CABRA	Derechos del indigente- el Estado protege a personas en circunstancias de debilidad manifiesta; Sistema de Seguridad Social en Salud-atención a persona que se encuentra en estado de drogadicción crónica, en situación de debilidad psíquica-estado de drogadicción crónica	Improcedencia por ausencia de pruebas - CONFIRMAR la sentencia y, en consecuencia, negar la tutela al derecho a la salud en conexidad con la vida.
C-689 de 2002	ÁLVARO TAFUR GALVIS	Derecho al libre desarrollo de la personalidad-no es absoluto; tráfico de estupefacientes -supuestos fácticos que atenten contra el bien jurídico de la salud pública	EXEQUIBLES los artículos 375, 376, 377, 378, 379, 380, 382 y 385 de la Ley 599 de 2000
C-551 de 2003	EDUARDO MONTEALEGRE LYNETT	Control de constitucionalidad sobre ley de referendo	INEXEQUIBLE en su integridad el numeral 16 del artículo 1° de la Ley 796 de 2003 (Contra el narcotráfico y la drogadicción); entre otras decisiones. No hacía parte del proyecto original - violó el principio de publicidad.
C-101 de 2004	M.P. JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO; Salvamento de voto MARCO GERARDO MONROY CABRA; Aclaración de voto JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO, ALFREDO BELTRÁN SIERRA, CLARA INÉS VARGAS HERNÁNDEZ, RODRIGO ESCOBAR GIL, ÁLVARO TAFUR GALVIS, JAIME ARAUJO	Contravención de consumo y porte de dosis personal- remisión a algunas normas procesales de ley anterior - principio de legalidad del proceso en sistema procesal contravencional-violación por no desarrollo de materias básicas al hacer remisión parcial	INEXEQUIBLE las expresiones “con sujeción al procedimiento previsto para las contravenciones especiales en los artículos 21, inciso primero, 22, 23, 24 y 26 de la Ley 228 de 1995, que para este efecto conservará su vigencia”, que hacen parte del artículo 5° de la Ley 745 de 2002.

	RENTERÍA y MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA		
T-059 de 2007	ÁLVARO TAFUR GALVIS	Derecho a la salud-fundamental por conexidad con la vida; derecho a la continuidad en el servicio de salud y principio de atención integral en salud: entidad promotora de salud-deber de asistir de manera permanente a sus afiliados así no estén obligados a prestar directamente el servicio; régimen de seguridad social en salud: exigencia de intensidad horaria como estudiante para ser beneficiario no debe interpretarse de forma restrictiva (hijo mayor de dieciocho años que se encuentra estudiando)	CONCEDER el amparo a los derechos a la salud en conexidad con la vida digna y a la seguridad social, ordenando a la E.P.S. afilie de nuevo al accionante y por consiguiente le preste los servicios ordenados por su médico tratante.
T-760 de 2008	MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA	DERECHO A LA SALUD-Es un derecho fundamental	22 expedientes
T-814 de 2008	RODRIGO ESCOBAR GIL	DROGADICCIÓN-Tratamiento médico	NEGAR por no agotar procedimiento ante EPS; ADVERTIR a E.P.S. que, en el evento en el que el accionante solicite consulta médica en las especialidades de siquiatría, psicología, toxicología o cualquier otra que requiera para el manejo de su problema de adicción, deberá prestar de forma inmediata los servicios conforme al Plan Obligatorio de Salud.
T-1116 de 2008	MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA	Sistema de seguridad social en salud-deber de brindar la atención en salud que se requiera para tratar efectivamente el problema de drogadicción crónica; Decreto 3039 de 2007 “por el cual se adopta el plan nacional de salud pública 2007-2010.”	CONFIRMAR la sentencia que negó la tutela (no cumplen con dos requisitos: 1-el tratamiento para alcoholismo no fue ordenado por un médico tratante adscrito a la entidad, y 2- su empleador le ha brindado atención eficiente y de calidad, dentro del programa de la Oficina de Seguridad Social, que ha contribuido de manera efectiva a la recuperación de la accionante). PREVENIR al Ministerio de Protección Social, a la Gobernación del Valle del Cauca, a la Alcaldía de Cali y a EPS, para que, en el menor tiempo posible, desarrollen el Plan Nacional de Salud Pública en los que se refiere al Objetivo 4
T-438 de 2009	GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO	Derecho a la salud: tratamiento de adicción a opiáceos; tratamiento médico o medicamento excluido del POS-requisitos establecidos por la Corte Constitucional para solicitarlo mediante tutela; entidades que tienen a su cargo el pago de los servicios de salud excluidos del POS	REVOCAR, tutelar los derechos fundamentales a la vida digna, a la salud, a la integridad física y a la seguridad social. ORDENAR a EPS autorice continuar con el tratamiento de desintoxicación, deshabitación y reintegración social. La entidad demandada tiene la posibilidad de repetir contra el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud, FOSYGA, pero sólo por el 50%
T-566 de 2010	LUIS ERNESTO VARGAS SILVA	Derecho a la salud-protección constitucional especial a personas que padecen problemas de farmacodependencia y/o drogadicción; obligación de suministrar tratamiento de rehabilitación y desintoxicación aunque no esté incluido en el POS para proteger los derechos a la salud, la vida, la integridad personal y la dignidad humana de quien los solicita	CONFIRMAR el fallo que resolvió negar el amparo (no se observa negativa de la EPS respecto de la prestación de servicios médicos para el tratamiento de farmacodependencia y drogadicción; aclarando que el médico tratante es la persona idónea para determinar cuál es el tratamiento médico a seguir frente a determinada patología). PREVENIR a EPS para que, si el accionante lo solicita, lo remita a valoración con médicos generales y especialistas que puedan darle una segunda opinión médica frente al tratamiento adecuado para su enfermedad
T-057 de 2011	JORGE IVÁN PALACIO PALACIO	Derecho fundamental a la salud de persona indigente con VIH y otras enfermedades	TUTELAR los derechos fundamentales a la vida en condiciones dignas, a la salud y a la seguridad social de la accionante y Ordene a Policía Nacional, la Secretaría de Salud Departamental de Santander y la Alcaldía de

			Bucaramanga para ubicaciones de accionante y afiliarla a una EPS-S
T-094 de 2011	JUAN CARLOS HENAO PÉREZ	Derecho fundamental a la salud de persona con discapacidad-reiteración de jurisprudencia/anorexia, bulimia y drogadicción; medicamentos y tratamientos no incluidos en el POS- condiciones para que se autorice a la EPS a ejercer la facultad de recobro ante el Estado; farmacodependencia y/o drogadicción-tratamiento médico no se encuentra incluido en el POS, pero en este caso concurren los requisitos señalados por la jurisprudencia para que se ordene. En el presente caso se estudian dos expedientes relacionados con bulimia y uno con drogadicción	REVOCAR las sentencias y en consecuencia CONCEDER el amparo solicitado en las tutelas. ORDENAR a la Secretaría de Gobierno de Bogotá que se encargue de brindar toda la colaboración posible para el tratamiento de rehabilitación mientras éste permanezca recluso en la cárcel, tal y como lo disponen los artículos 24 y 104 del Código Penitenciario y Carcelario. ORDENAR a la EPS prestar el tratamiento que requiere el accionante que posee problemas de adicción a sustancias psicoactivas en el centro idóneo para dichos efectos, una vez haya terminado de cumplir su condena en la cárcel.
C-574 de 2011	M.P. JUAN CARLOS HENAO PÉREZ; Aclaración parcial de voto HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO; Salvamento de voto MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO; Aclaración de voto JORGE IVÁN PALACIO PALACIO y NILSON PINILLA PINILLA	Demanda de inconstitucionalidad sobre prohibición del porte y consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas establecida en el Acto Legislativo 2 de 2009	Sentencia INHIBITORIA (ineptitud de la demanda)
C-882 de 2011	JORGE IGNACIO PRETEL CHALJUB	Acto Legislativo 02 de 2009-no afecta directamente a las comunidades indígenas y por tanto no requería de consulta previa	EXEQUIBLE el Acto Legislativo 02 de 2009, únicamente frente al cargo examinado y de conformidad con las consideraciones expuestas en esta providencia (en tanto la prohibición no es oponible a las comunidades indígenas ni es susceptible de limitar o restringir sus prácticas tradicionales ligadas a la hoja de coca). (4 expedientes: 2 demandas inadmitidas y rechazadas por no subsanar errores; 2 admitidas, de los cuales 1 no paso el examen de la aptitud de los cargos formulados)
T-057 de 2012	HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO	Derecho a la salud mental-fundamental por conexidad con la vida / Estado debe brindar tratamientos - adicción a sustancias psicoactivas o fármaco dependencia. Principio de solidaridad familiar con personas que padecen de trastorno afectivo bipolar- Orden de médico tratante-juez no está facultado para ordenar prestaciones o servicios de salud sin que medie esta orden. Derecho a la salud mental-orden a EPS para que suministre información y atención integral para tratar el trastorno afectivo bipolar	CONCEDER el amparo del derecho fundamental a la salud mental. ORDENAR a la EPS suministre información precisa, clara e inteligible, en la que conste: (i) las características del trastorno afectivo bipolar y de la fármaco dependencia que padece, (ii) el tratamiento que requiere y de los cuidados especiales que debe tener en cada uno de los periodos de su enfermedad (críticos e inter-críticos), (iii) las medidas que puede adoptar en caso de episodios de violencia o agresión o de oposición al consumo de sus medicamentos. ORDENAR a la EPS que continúe prestando, como lo ha venido haciendo, la atención integral en salud, incluyendo la atención de urgencias y hospitalaria que demande en los periodos de crisis o descompensación depresiva. ORDENAR a la EPS una vez verificado el consentimiento informado del paciente, la práctica del tratamiento de rehabilitación por fármaco dependencia, en centro especializado público o privado. La EPS podrá repetir en contra de la Secretaría de Salud del Departamento del Tolima por los costos que le genere la cobertura de este servicio no incluido dentro del Plan

			Obligatorio de Salud (POS).
T-355 de 2012	LUIS ERNESTO VARGAS SILVA	DERECHO A LA SALUD-Fundamental autónomo -Protección mediante acción de tutela - Exigibilidad de medicamentos, procedimientos y servicios no incluidos en el POS. Atención especial a quien padece problemas de fármacodependencia o drogadicción como sujeto de especial protección. DROGADICCION-Sometimiento del individuo a un estado de debilidad e indefensión. DERECHO A LA SALUD-Fuerza vinculante del concepto emitido por médico tratante no adscrito a EPS	CONCEDER el amparo de los derechos fundamentales a la vida digna, a la salud mental, a la integridad física y a la seguridad social. ORDENAR a EPS autorice el internamiento en comunidad terapéutica, en donde se preste asistencia psiquiátrica para el tratamiento de dependencia y abuso de sustancias psicoactivas, que comprenda la etapa de desintoxicación, deshabitación y reinserción, que brinde condiciones óptimas para la recuperación del accionante, por el tiempo que su médico tratante considere necesario. Para la elección del lugar de tratamiento, deberá tenerse en cuenta la opinión del médico tratante, de una trabajadora social de la EPS, y del accionante. La EPS, tiene la posibilidad de repetir contra el Departamento del Atlántico – Secretaría de Salud Departamental, por las sumas de dinero que legal y reglamentariamente no sean de su cargo.
C-491 de 2012	M.P. LUÍS ERNESTO VARGAS SILVA; Salvamento parcial de voto GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO	Porte de dosis para el consumo personal-distinción con el narcotráfico y no se encuentra comprendido dentro de la prescripción del delito de tráfico, fabricación y porte de estupefacientes. Protección a través de medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico-deben contar con el consentimiento informado del adicto ***** Salvamento: condicionamiento de norma que sanciona el tráfico, fabricación o porte de estupefacientes-dificulta las acciones encaminadas a combatir el microtráfico	CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE, por los cargos analizados, el artículo 376 de la Ley 599 de 2000, tal como fue modificado por el artículo 11 de la Ley 1453 de 2011, en el entendido de que no incluye la penalización del porte o conservación de dosis, exclusivamente destinada al consumo personal, de sustancia estupefaciente, sicotrópica o droga sintética, a las que se refiere el precepto acusado*** "No obstante, acogiendo el planteamiento de la Sala de Casación Penal de la Corte Suprema de Justicia consignado en la sentencia 29183 de 2.008, la Corte deja en claro que cuando el porte o la conservación recae sobre sustancia estupefaciente sicotrópica o droga sintética, en cantidades comprendidas incluso dentro de la categoría de dosis personal, pero destinadas no al propio consumo sino a la comercialización, tráfico, e incluso a la distribución gratuita, la conducta será penalizada toda vez que tiene la potencialidad de afectar, entre otros bienes jurídicos, el de la salud pública. En consecuencia, el condicionamiento que se inserta en la parte resolutive de esta decisión deja intacta la posibilidad de que se penalicen las conductas consistentes en “vender, ofrecer, financiar y suministrar”, con fines de comercialización, las sustancias estupefaciente, sicotrópicas o drogas sintéticas, de que trata el artículo 376 del Código Penal, en cualquier cantidad."
T-497 de 2012	HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO	Derecho fundamental a la salud - consentimiento libre e informado del paciente - tratamiento médico prescrito para farmacodependientes - principio de continuidad en la prestación del servicio de salud a personas farmacodependientes	3 expedientes: No se tutelo el primer caso, porque ya se le estaba prestando servicio. El Segundo caso se tutelo. El Tercero se confirmó parcialmente, por falta de material probatorio que determine el tratamiento exacto y/o medicamentos, pero ordenó a EPS valoración medica
T-796 de 2012	MARÍA VICTORIA CALLE CORREA	Derecho fundamental a la salud de personas que sufren trastornos mentales derivados del consumo adictivo de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas -vulneración por EPS al negar tratamiento de rehabilitación integral por no haberlo solicitado	CONCEDER la acción de tutela. ORDENAR a EPS que autorice y cubra todo el tratamiento de rehabilitación que requiera para superar su adicción a sustancias psicoactivas, teniendo en cuenta que debe ser un tratamiento idóneo, continuo y eficaz, en un centro o entidad que cuente con la experiencia y capacidad

		expresamente -vulneración por EPS con el argumento de no estar en el POS los servicios para rehabilitación por adicción	necesaria para prestar este tipo de servicio.
T-578 de 2013	ALBERTO ROJAS RÍOS	Agencia oficiosa en tutela - acción de tutela de persona con farmacodependencia - derecho a la salud mental de farmacodependiente (protección constitucional e internacional. Estado debe brindar tratamientos; se deberá preservar el consentimiento de las personas que se llegaren a someter a tratamientos y rehabilitación; internación para manejo de enfermedad en salud mental está incluido dentro del POS, según Acuerdo 029/11)	DECLARAR la carencia actual de objeto en el asunto evaluado (en el trámite de revisión del presente amparo la Sala constató que se logró la satisfacción de la pretensión contenida en acción de tutela, pues se llevó a cabo la internación del joven-DECLARAR IMPROCEDENTE el amparo. ADVERTIR a la E.P.S. para que, en adelante, garantice de forma oportuna y eficiente la prestación del servicio de salud que requiera el joven para lograr su total recuperación, de conformidad con lo que ordene su médico tratante, considerando la atención especial que el Estado debe brindarles a quienes padecen problemas de farmacodependencia y drogadicción y sin oponer obstáculos administrativos ni formular exigencias que no están dentro de su ámbito de competencia.
T-153 de 2014	MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO	Farmacodependencia y/o drogadicción-caso en que EPS no suministra tratamiento para controlar adicción a la marihuana y alcohol - derecho a la salud como derecho fundamental autónomo-derecho fundamental a la salud de personas que sufren trastornos mentales derivados del consumo adictivo de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas- con ocasión de expedición de Acuerdo 029/11 el tratamiento para drogadicción no se encuentra excluido en su totalidad del pos - consentimiento libre e informado de personas que padecen drogadicción crónica -en el caso concreto le asistía la obligación a la EPS de suministrar el tratamiento de rehabilitación y desintoxicación aunque no esté incluido en el POS - derecho al diagnóstico en casos de personas farmacodependientes-orden a EPS a que por intermedio de un grupo multidisciplinario, proceda a realizar una valoración emitiendo un diagnóstico respecto de adicción a sustancias psicoactivas	CONCEDER el amparo del derecho fundamental a la salud. ORDENAR a EPS, siempre que el titular de los derechos invocados acceda, a que por intermedio de un grupo multidisciplinario, conformado al menos por un psiquiatra, un médico general, una psicóloga y un terapeuta ocupacional, proceda a realizar una valoración, emitiendo un diagnóstico específico respecto de su adicción a sustancias psicoactivas.
T-043 de 2015	JORGE IVÁN PALACIO PALACIO	Política pública a favor de los habitantes de la calle - farmacodependencia o drogadicción severa como un problema de salud pública	CONFIRMAR PARCIALMENTE la sentencia de tutela de única instancia, en lo referente a la orden de incluir a la accionante en el programa de subsidios de alimentación, junto con las siguientes ADICIONES: ORDENAR a EPS realice una valoración integral a través de un equipo interdisciplinario, este equipo diseñará un programa de atención el cual deberá ser debidamente informado a la accionante para que esta decida libremente si desea acogerse al mismo. ORDENAR al Municipio de Dosquebradas y al Departamento de Risaralda, diseñar de forma conjunta un programa piloto de atención a la población habitante de la calle dentro de su territorio, de acuerdo con los lineamientos trazados por la Ley 1641 de 2013,

			la experiencia comparada, los programas impulsados por otras ciudades del país, así como por los principios desarrollados por la jurisprudencia constitucional en relación con la protección reforzada a la población habitante de la calle y con problemas de adicción; dicho programa deberá incluir los componentes de salud, desarrollo integral, albergue transitorio y capacitación laboral mediante un equipo interdisciplinario de acompañamiento, dirigido a fortalecer su autoestima, su seguridad y su potencial de realización como ciudadanos plenos. EXHORTAR al Ministerio de Salud y a las demás autoridades responsables de la implementación y desarrollo de la Ley 1641 de 2013, para que culminen a la mayor brevedad posible el proceso de socialización y formulación de la política pública para los habitantes de la calle.
--	--	--	---

Fuente: Elaboración Propia

SENTENCIAS CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

NO. PROCESO / FECHA	MAGISTRADO (A) PONENTE	TEMAS	DECISIÓN
Proceso No. 23609 – 1/febrero/2007	SIGIFREDO ESPINOSA PÉREZ - SALA DE CASACIÓN PENAL	Los juicios de tipicidad, antijuridicidad y culpabilidad traducidos en la condena que el Tribunal le impuso al procesado por su conducta puesta al margen de la ley, quedan incólumes	No casar
Proceso No. 29183 – 18/noviembre/2008	JOSÉ LEONIDAS BUSTOS MARTÍNEZ - SALA DE CASACIÓN PENAL	Se ratifica que cuando se trata de cantidades de drogas ilegales, comprendidas inclusive dentro del concepto de la dosis personal, destinadas no al propio consumo sino a la comercialización o, por qué no, a la distribución gratuita, la conducta será antijurídica pues afecta los bienes que el tipo penal protege; lo que no acontece cuando la sustancia (atendiendo obviamente cantidades insignificantes o no desproporcionadas), está destinada exclusivamente al consumo propio de la persona, adicta o sin problemas de dependencia, evento en el que no existe tal incidencia sobre las categorías jurídicas que el legislador pretende proteger. En ese propósito surgen determinantes las herramientas ofrecidas por el Legislador para descongestionar a la administración de justicia de investigaciones y procesos adelantados por conductas que, como la que aquí se analiza, no ameritan toda la atención del aparato sancionatorio del Estado, cuando resulta más justa su atención por la vía del ofrecimiento de la oportunidad, de la conciliación, de la mediación, o la senda misma de la ausencia de antijuridicidad material; que en todo caso conducen a situaciones diferentes de la pena de prisión, inútil e ilegítima en asuntos como el que se examina.	Casar el fallo objeto de impugnación y, en su lugar, absolverlo del cargo por el cual se lo acusó.
Proceso No. 31531 – 8/julio/2009	YESID RAMÍREZ BASTIDAS - SALA DE CASACIÓN PENAL	Dosis de aprovisionamiento, historia normativa, sentencia anticipada	Casar oficiosamente y absolver

Tutela No. 37953 – 2/mayo/2012	CARLOS ERNESTO MOLINA MONSALVE - SALA DE CASACIÓN LABORAL	Impugnación por tiempo dado a la UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL, FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES y para conminarla a no volver a incumplir, evitar desabastecimiento, se realice con celeridad y oportunidad: cotizar y adquirir el medicamento METADONA, para “Programa Ambulatorio de Sustitución de Metadona”	Se ha cumplido el término dado en 1ra instancia (30 días). Se modifica la orden de tutela adicionándola en el sentido de ordenar a la UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES y al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL que en lo sucesivo realicen los trámites para la adquisición del medicamento y el suministro del mismo al Instituto Seccional de Salud, con celeridad y de manera oportuna, para evitar un posible desabastecimiento que afecte los derechos fundamentales de los pacientes
Radicación No. 33409 – SP11726-2014 – 3/septiembre/2014	JOSÉ LEONIDAS BUSTOS MARTÍNEZ - SALA DE CASACIÓN PENAL	Historia de decisiones jurisprudenciales y normas	CASAR PARCIALMENTE: CONCEDE suspensión condicional de la ejecución de la pena privativa de la libertad
Radicación N° 42617 – SP15519-2014 – 12/noviembre/2014	GUSTAVO ENRIQUE MALO FERNÁNDEZ - SALA DE CASACIÓN PENAL	Historia de decisiones jurisprudenciales y normas	NO CASAR la sentencia absolutoria, impugnada por el delegado de la Fiscalía General de la Nación. Hace un llamado a la Fiscalía para que investigue a los verdaderos narcotraficantes y no a los consumidores que no trafican
Radicación 44891 – SP - 7600 - 2015 – 17/junio/2015	PATRICIA SALAZAR CUÉLLAR- SALA DE CASACIÓN PENAL	Planta no es solamente el ser orgánico que vive y crece adherido al suelo, sino “el que ha sido arrancado de la tierra o del cual se conserven sus hojas”, claramente resulta equivocado expresar que la descubierta en poder del procesado, así no fuera una planta completa sino una parte de ella, se ajuste al concepto de “estupefaciente” o de “droga que produzca dependencia” a que se refiere el artículo 376 del Código Penal. Era una planta en concordancia con el artículo 2° del Decreto Reglamentario 3788 de 1986 y, en consecuencia, si se tiene en cuenta que el artículo 375 del Código Penal únicamente penaliza cultivar, financiar o conservar más de 20 plantas de las que pueda extraerse droga que produzca dependencia.	CASAR el fallo impugnado. SE ORDENA, la libertad inmediata e incondicional
Radicación 41760 – SP2940-2016 – 9/marzo/2016	EUGENIO FERNÁNDEZ CARLIER - SALA DE CASACIÓN PENAL	La cantidad de dosis personal puede constituir ilícito cuando no está destinada para el uso personal. La descripción del delito de tráfico, fabricación y porte de estupefacientes no depende de la cantidad de la droga que le sea hallada a la persona	CASAR la sentencia. ABSOLVER. SE ORDENA, la libertad inmediata e incondicional

Fuente: Elaboración Propia

SENTENCIAS CONSEJO DE ESTADO

NO. RADICADO / FECHA	CONSEJERO (A) PONENTE	PARTES PROCESALES	TEMAS	DECISIÓN
Radicación No. 73001-23-33-000-2012-00122-01 – 13/marzo/2014	SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO - SECCIÓN PRIMERA- C.P. MARÍA ELIZABETH GARCÍA GONZÁLEZ. Salvamento de voto de GUILLERMO VARGAS AYALA	Actor: EDGAR ALAN OLAYA DÍAZ Demandado: ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA	APELACIÓN SENTENCIA – ACCIÓN DE NULIDAD. CONSUMO DE LA DOSIS PERSONAL EN VÍAS PUBLICAS Y PARQUES – Competencia de las Asambleas Departamentales para su prohibición. El consumo permitido de la dosis personal de estupefacientes, no es un derecho fundamental, como lo considera el actor, sino el reconocimiento de una situación personal, en respeto precisamente del precepto Constitucional que protege el libre desarrollo de la personalidad, el cual, tiene las limitaciones que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico. Prohibir el consumo de sustancias sicotrópicas en vías públicas y parques no resulta desproporcionado. Se trata de medidas preventivas que contribuyen al bienestar y seguridad general, al orden público, la salud y a la protección de los derechos y libertades de las personas. Si bien es cierto que la despenalización de consumir o portar dosis personal de drogas fue inspirada en el respeto por el libre desarrollo de la personalidad, este derecho también lo tienen las demás personas no consumidoras que buscan los parques para recrearse y respirar aire puro y las vías públicas para transitar con un mínimo de tranquilidad. SALVAMENTO DE VOTO: Exceso en la potestad reglamentaria. Desconocimiento del derecho al libre desarrollo de la personalidad. Sentencia C-491 de 2012. Excepción de Inconstitucionalidad y de Ilegalidad	CONFÍRMESE la sentencia de 30 de abril de 2013, proferida por el Tribunal Administrativo del Tolima
Radicación No. 52001-23-33-000-2013-00377-01(AC) – 10/abril/2014	SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO - SECCIÓN QUINTA - ALBERTO YEPES BARREIRO (E)	Actor: JULIO CESAR ARTEAGA JACOME EN REPRESENTACION DE CESAR AUGUSTO ARTEAGA RIASCOS Demandado: MINISTERIO DE SALUD; SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD; HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO IPS; SALUDCOOP EPS Y LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE	ACCIÓN DE TUTELA. DERECHO A LA SALUD - Evolución jurisprudencial en Colombia - derecho fundamental. PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL ABSOLUTA - Protección legal. DERECHO A LA LIBERTAD DE LOCOMOCIÓN - Restricciones en las personas con discapacidad mental absoluta / TRATAMIENTO MEDICO EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL ABSOLUTA - Procedimiento para la reclusión en el centro de atención médico. PERSONA CON DISCAPACIDAD MENTAL - Enfermedad psiquiátrica aguda, esquizofrenia paranoide, y drogadicción	1- REVOCAR la sentencia y AMPARAR el derecho fundamental a la salud 2- ORDENAR a E.P.S. que le dé un tratamiento integral en salud al señor y su núcleo familiar, para que continúe con la prestación del servicio, por un término de dos (2) meses contados a partir de la ejecutoria de esta decisión, mientras que su familia adelanta los trámites de afiliación a una Entidad Promotora de Salud. 3- ORDENAR a SALUDCOOP E.P.S. que dentro de los quince

		NARIÑO - COMFAMILIAR		(15) días siguientes a la notificación de esta decisión, le realice un examen médico psiquiátrico y determine si cumple con los requisitos necesarios para ser internado de urgencia. 4- DECLARAR la improcedencia de la acción frente a la solicitud de pago de las incapacidades médicas que no han sido reconocidas por la E.P.S. SALUDCOOP y la compañía “Asociación Colombiana MIA” y los subsidios de la Caja de Compensación Familiar de Nariño - COMFAMILIAR-.
Radicación No: 11001-03-24- 000-2011- 00271-00 – 18/junio/2015	SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO - SECCIÓN PRIMERA- MARÍA ELIZABETH GARCÍA GONZÁLEZ.	Actor: FABIOLA PIÑACUE ACHICUE Demandado: INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA	ACCIÓN DE NULIDAD contra la Alerta Sanitaria No. 001 de 23 de febrero de 2010, expedida por el INVIMA, por medio de la cual se advierte que no se han expedido registros sanitarios para productos que contengan hoja de coca. Según la sentencia T-477 de 2012, se aclaró que si bien es cierto que la hoja de coca ha estado relacionada con la elaboración de cocaína como sustancia estupefaciente y sicoactiva, también lo es que en aras de salvaguardar precisamente el derecho a la identidad cultural de las comunidades indígenas se ha avalado su consumo y producción siempre que estén ligados a dicha cultura.	DECLÁRENSE no probadas las excepciones planteadas por la parte demandada. DECLÁRASE la nulidad de la Alerta Sanitaria núm. 001 de 23 de febrero de 2010, expedida por el INVIMA, (El acto acusado, no solo se encuentra falsamente motivado, sino que contraría la Constitución Política y los Pactos Internacionales debidamente acogidos por Colombia)

Fuente: Elaboración Propia

BIBLIOGRAFÍA

Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera. (24 de agosto de 2016). Recuperado de <http://www.urnadecristal.gov.co/sites/default/files/acuerdo-final-habana.pdf>

Aguilar, O. E. (abril-junio 2012). Algunos factores relacionados con las adicciones. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 17(2), 69-70. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47323278001>

Alcaldía de Bogotá – Secretaría Distrital de Salud y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC. (2010). *Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C.* 2009. Recuperado de [http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/Estudio_de_Consumo_Bogota_2009\[.pdf](http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/Estudio_de_Consumo_Bogota_2009[.pdf)

Alcaldía Mayor de Bogotá. (27 de junio de 2013). *Camad será analizado por el BID, como estrategia de vanguardia en Latinoamérica*. Recuperado de <http://www.bogota.gov.co/article/gobierno%20seguridad%20y%20convivencia/Camad%20ser%C3%A1%20analizado%20por%20el%20BID%2C%20como%20estrategia%20de%20vanguardia%20en%20Latinoam%C3%A9rica>

Arana, X. (2013). Marco jurídico de la reducción de daños en el campo de las drogas. En D.P. Martínez y J. Pallarés (Ed.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas* (pp. 129-142). Lleida, España: Milenio.

Armenta, A. (2015). Colombia, más de tres décadas de fumigaciones tóxicas. ¡Ya basta!. En Barra, A., Joloy, D., y Sánchez, L. (Coord.), *Drogas en movimiento. Para hablar de forma clara y abierta sobre el fenómeno de las drogas* (pp. 41-42). México DF: Espolea A. C. con el apoyo de Open Society Foundations. Recuperado de http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/version_final_web.pdf

Asuntos Del Sur - Observatorio Latinoamericano de Políticas de Drogas y Opinión Pública. *Estudio 2013-2014 Políticas de drogas, reformas y nuevos lenguajes*. Santiago, Chile. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/0B8gGxNC6R9lZd2VDSi13Mk0tQUk/view>

Bardazano, G. (2014). Respuestas estatales a los usuarios de sustancias psicoactivas en Uruguay: entre la alternativa y la profundización de la guerra contra las drogas. En C. Pérez Correa (CIDE) y C. Youngers (WOLA) (editoras), *En busca de los derechos: usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina* (1ra Ed.) (pp. 138-153). Bogotá D.C., Colombia: Ediciones Uniandes.

Barra, A., Joloy, D. y Sánchez, L. (2015). Prólogo. Drogas en Movimiento: Un nuevo espacio para debatir la política de drogas. En Barra, A., Joloy, D., y Sánchez, L. (Coord.), *Drogas en movimiento. Para hablar de forma clara y abierta sobre el fenómeno de las drogas* (pp. 4-5). México DF: Espolea A. C. con el apoyo de Open Society Foundations. Recuperado de http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/version_final_web.pdf

Barriuso Alonso, M. (enero de 2011). Los Clubes Sociales de Cannabis en España Una alternativa normalizadora en marcha. *Serie Reforma legislativa en materia de drogas No. 9*. Ámsterdam, Países Bajos: TNI (Transnational Institute). Recuperado de <http://druglawreform.info/images/stories/documents/dlr9s.pdf>

Beuchot, M. (2005). Santo Tomás de Aquino: Del gobierno de los príncipes. *Revista española de filosofía medieval*, (12), 101-108. Recuperado de <https://www.uco.es/filosofiamedieval/sites/default/files/revistas/vol12/refmvol12a11.pdf>

Blickman, T., y Jelsma, M. (julio-agosto de 2009). La reforma de las políticas de drogas. Experiencias alternativas en Europa y Estados Unidos. *Nueva Sociedad*, (222), 81-103. Recuperado de http://rolim.com.br/2009/box_drogas/03.pdf

Blickman, T. (diciembre de 2014). La reforma de las políticas de cannabis en Europa De lo local a lo nacional. *Serie Reforma legislativa en materia de drogas No. 28*. Ámsterdam, Países

Bajos: TNI (Transnational Institute). Recuperado de <https://www.tni.org/files/download/dlr28-s.pdf>

Borda, S. (2011). La política multilateral colombiana de drogas durante las dos administraciones Uribe: hacia el activismo prohibicionista en una era de distensión. En Gaviria, A., y Mejía, D. (autores compiladores), *Políticas antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos* (1ra Ed.) (pp. 149-176). Bogotá D.C., Colombia: Ediciones Uniandes.

Bühler, K. (2014). *Polimorfismos genéticos humanos y adicción a drogas de abuso: implicación del SNP C385 del gen FAAH en el consumo de riesgo de alcohol en jóvenes adultos*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.

Califican de intolerable que Distrito “enseñe a consumir responsablemente a menores”. (24 de septiembre de 2015). *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/califican-de-intolerable-distrito-ensene-consumir-respo-articulo-588374>

Camacho, A., Gaviria, A., y Rodríguez, C. (2011). El consumo de droga en Colombia. En Gaviria, A., y Mejía, D. (autores compiladores), *Políticas antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos* (1ra Ed.) (pp. 41-65). Bogotá D.C., Colombia: Ediciones Uniandes.

Centro de Estudios Legales y Sociales – CELS. (2015). *El impacto de las políticas de drogas en los derechos humanos. La experiencia del continente americano*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de http://www.cels.org.ar/common/Drogas_web_hojas.simples.pdf

Centro de Estudios y Análisis en Convivencia y Seguridad Ciudadana (CEACSC). (2014). *Auto-suministro de cannabis en población habitante de la calle en Bogotá. Complejidades en torno al tráfico y consumo de bazuco, efectos y alternativas para su tratamiento en el contexto de la salud pública, la convivencia y la seguridad ciudadana*. Recuperado de [file:///D:/descargas%20chrome/CEACSC%20Autosuministro%20Cannabis%20CHC%20Bogota%20FINAL%201\[1\]%20\(1\).pdf](file:///D:/descargas%20chrome/CEACSC%20Autosuministro%20Cannabis%20CHC%20Bogota%20FINAL%201[1]%20(1).pdf)

Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia. (2015). *Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia. Resumen Ejecutivo*. Recuperado de <http://www.ideaspaz.org/img/website/documents/informe-a-comision-asesora.pdf>

Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia. (2015). *Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia. Informe Final*. Recuperado de <http://www.ideaspaz.org/img/website/documents/informe-b-comision-asesora.pdf>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (s.f.). *Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia*. Recuperado de <http://dds.cepal.org/redesoc/portal/instituciones/ficha/?id=1335>

Comisión Global de Políticas de Drogas. (2011). *Guerra a las drogas. Informe de la Comisión Global de Políticas de Drogas*. Recuperado de http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_Spanish.pdf

Comisión Global de Política de Drogas. (2014). *Asumiendo el control: caminos hacia políticas de drogas eficaces*. Recuperado de http://static1.squarespace.com/static/53ecb452e4b02047c0779e59/t/540da71fe4b042802a384963/1410180895213/global_commission_ES.pdf

Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia. (2009). *Drogas y Democracia: Hacia un Cambio Paradigma*. Recuperado de http://www.drogasedemocracia.org/arquivos/livro_espanhol_04.pdf

Consejo Suramericano sobre el Problema Mundial de las Drogas – CSPMD. (2015). *II Reunión Extraordinaria del Consejo Suramericano sobre el problema mundial de las drogas – CSPMD. Visión regional del Consejo Suramericano sobre el problema mundial de las drogas de la UNASUR para UNGASS 2016*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/IGO/UNASUR/UNASUR_com

mon_position_on_UNGASS_spanish.pdf

Correa H., N. R. (1999). *La jurisprudencia constitucional sobre la despenalización del consumo mínimo de drogas y su relación con el derecho al libre desarrollo de la personalidad*. (Tesis). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D.C.

Csete, J. (2014). Costos y beneficios de los servicios de salud relacionados a las drogas. En J. Collins (Ed.), *Acabando con la Guerra contra las Drogas. Informe del Grupo de Expertos de LSE en Economía de las Políticas sobre Drogas* (pp.76-83). LSE IDEAS con financiamiento de Open Society Foundations. Recuperado de <http://www.lse.ac.uk/IDEAS/publications/reports/pdf/LSE-IDEAS-Drugs-Report-Spanish.pdf>

Delgado, H. (2014). *La regulación del mercado de marihuana como una política de reducción de riesgos y daños*. Proderechos. Recuperado de <file:///D:/descargas%20chrome/regulaci%C3%B3n%20-%20presentaci%C3%B3n%20Bogot%C3%A1.pdf>

Delgado, H. (2015). Consideraciones sobre la reglamentación de la Ley de Regulación del Mercado de Cannabis en Uruguay. En Barra, A., Joloy, D., y Sánchez, L. (Coord.), *Drogas en movimiento. Para hablar de forma clara y abierta sobre el fenómeno de las drogas* (pp. 103-105). México DF: Espolea A. C. con el apoyo de Open Society Foundations. Recuperado de http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/version_final_web.pdf

Departamento Nacional de Planeación. (s.f.). *Salud pública*. Recuperado de <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-salud/Paginas/salud-publica.aspx>

Friederich Ebert Stiftung. (noviembre de 2014). *Estrategia para la evaluación de resultados y monitoreo de implementación de la Ley 19.172. Propuesta*. Recuperado de <https://aclu-wa.org/sites/default/files/attachments/Estrategia%20EYM%20-%20FESUR%20-%202011-2014.pdf>

Fusero, M. (2015). Política de drogas bajo el paradigma de los Derechos Humanos: Un debate pendiente en Argentina. En Barra, A., Joloy, D., y Sánchez, L. (Coord.), *Drogas en movimiento. Para hablar de forma clara y abierta sobre el fenómeno de las drogas* (pp. 112-114). México DF: Espolea A. C. con el apoyo de Open Society Foundations. Recuperado de http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/version_final_web.pdf

Galán, J. M., y Guerrero, L. J. (2008). La legalización de las drogas ilícitas en Colombia: elementos para una discusión. En A. Rangel Suárez. (Ed.), *La batalla perdida contra las drogas: ¿legalizar es la opción?* (pp. 23-152). Bogotá, Colombia: Intermedio Editores Ltda.

Garat, G., Friedrich Ebert Stiftung y Junta Nacional de Drogas. (2015). *El camino. Cómo se reguló el cannabis en Uruguay según sus actores políticos y sociales*. Montevideo, Uruguay: Friedrich Ebert Stiftung.

Garibotto, G. (s.f). Cárceles y drogas en Uruguay. Sistemas sobrecargados - Leyes de drogas y cárceles en América Latina (p.82-89). Recuperado de <http://www.drogasyderecho.org/publicaciones/pub-uru/ss-uruguay.pdf>

Gaviria, A., y Mejía, D. (2011). Introducción. En Gaviria, A., y Mejía, D. (autores compiladores), *Políticas antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos* (1ra Ed.) (pp. 1-10). Bogotá D.C., Colombia: Ediciones Uniandes.

Gaviria, C. (1994). *Vamos a recoger millones de firmas. El Presidente frente al Referendo*. Imprenta Nacional de Colombia.

Gaviria, C. (2011). Prólogo. En Gaviria, A., y Mejía, D. (autores compiladores), *Políticas antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos* (1ra Ed.) (pp. ix-xii). Bogotá D.C., Colombia: Ediciones Uniandes.

Gómez, J.D. [Procuraduría General de la Nación]. (abril de 2012a). *7 mitos de la legalización de las drogas*. Bogotá, Colombia: Instituto de Estudios del Ministerio Público. Recuperado de [http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/portal_doc_interes/63_7_mitos_drogas_e-book\[1\].pdf](http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/portal_doc_interes/63_7_mitos_drogas_e-book[1].pdf)

Gómez, J.D. [Procuraduría General de la Nación]. (julio de 2012b). *8 mitos de la legalización de las drogas*. Bogotá, Colombia: Instituto de Estudios del Ministerio Público. Recuperado de <http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/8%20mitos%20drogas%20e-book.pdf>

Grover, A. [Relator Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas]. (2010). *Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. [A/65/255]. Recuperado de http://undrugcontrol.info/images/stories/documents/A_65_225_FINALs.pdf

Guio E., J. L. (2010). *Análisis histórico de la separación de poderes y el papel de los jueces en el modelo del estado liberal de derecho: Rule of law; Democracia constitucional estadounidense; Estado legalista francés y el Rechtsstaat alemán*. (Tesis de grado para optar al título de Magister en derecho Público). Universidad Santo Tomás-Universidad de Konstanz, Bogotá D.C.

Gutiérrez, J. (1 de noviembre de 1994). Gobierno dijo no al referendo. *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-246129>

Hart, H. (1998). *El concepto de derecho*. [Traducido al español de The Concept of Law]. Buenos Aires, Argentina: Abeledo-Perrot. [Traducción de Genaro R. Carrió].

Hay 131 ‘ollas’ de droga cerca a colegios públicos de Bogotá. (31 de agosto de 2015). *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/hay-131-ollas-de-droga-cerca-colegios-publicos-de-bogot-articulo-582824>

Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud (IDIPRON). (5 de octubre de 2015). *Terapias alternativas en el Idiprón para mitigar consumo de jóvenes*. Recuperado de <http://www.idipron.gov.co/index.php/noticias/86-noticias-idipron/633-terapias-alternativas-en-el-idipron-para-mitigar-consumo-de-jovenes>

Invima. (31 de marzo de 2016). *Primer paso para comercializar producto de extractos de cannabis en Colombia*. Recuperado de https://www.invima.gov.co/images/pdf/alertas_portada/BOLETIN%20CANNABIS%20FINAL%20JG.pdf

Iturralde, M., y Ariza, L. J. (2011). El tratamiento penal del narcotráfico y delitos conexos. En Gaviria, A., y Mejía, D. (autores compiladores), *Políticas antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos* (1ra Ed.) (pp. 271-300). Bogotá D.C., Colombia: Ediciones Uniandes.

Jelsma, M., y TNI. (2008). *El estado actual del debate sobre políticas de drogas. Tendencias de la última década en la Unión Europea y las Naciones Unidas*. Ámsterdam, Países Bajos: TNI (Transnational Institute). Recuperado de <http://www.druglawreform.info/images/stories/currentstate-s.pdf>

Jelsma, M. [Transnational Institute]. (2009). *Innovaciones Legislativas en Políticas de Drogas*. Recuperado de <http://www.druglawreform.info/images/stories/documents/innovacioneslegislativas.pdf>

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. (1992). *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 1992*. Recuperado de https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR1992/1992_ANNUAL_report_sp.pdf

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. (2015). *Informe 2014*. Recuperado de https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2014/Spanish/AR_2014_ESP.pdf

Junta Nacional de Drogas - Presidencia de la República de Uruguay (2015). *Posición Uruguay ante UNGASS 2016: ejes para un enfoque integral de las políticas de drogas*. Recuperado de http://druglawreform.info/images/stories/documents/uy_ungass_2016.pdf

Kleiman, M. A.R., y Ziskind, J. (2014). Acceso Legal al Cannabis: Logros, Fracazos y Diseño de Criterios. En J. Collins (Ed.), *Acabando con la Guerra contra las Drogas. Informe del Grupo de Expertos de LSE en Economía de las Políticas sobre Drogas* (pp.84-90). LSE IDEAS con financiamiento de Open Society Foundations. Recuperado de <http://www.lse.ac.uk/IDEAS/publications/reports/pdf/LSE-IDEAS-Drugs-Report-Spanish.pdf>

La mujer que impulsó la legalización de la marihuana en Uruguay. (29 de septiembre de 2015). *Semana*. Recuperado de <http://www.semana.com/mundo/articulo/raquel-peyraube-la-mujer-de-la-legalizacion-de-la-marihuana-en-uruguay/444356-3>

Larreamendy-Joerns, J., y Vence, M. F. (2011). La demanda como drama: la prevención y el tratamiento del uso de drogas en Colombia. En Gaviria, A., y Mejía, D. (autores compiladores), *Políticas antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos* (1ra Ed.) (pp. 121-145). Bogotá D.C., Colombia: Ediciones Uniandes.

Laurent, M. (2011). Colombia y Europa frente a las drogas: desencuentro pero cooperación. En Gaviria, A., y Mejía, D. (autores compiladores), *Políticas antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos* (1ra Ed.) (pp. 177-204). Bogotá D.C., Colombia: Ediciones Uniandes.

Lemaitre, J. y Albarracín, M. (2011). Patrullando la dosis personal: la represión cotidiana y los debates de las políticas públicas sobre el consumo de drogas ilícitas en Colombia. En Gaviria, A., y Mejía, D. (autores compiladores), *Políticas antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos* (1ra Ed.) (pp. 237-269). Bogotá D.C., Colombia: Ediciones Uniandes.

López, G. A., y Gómez, C. F. (2014). La Legalización por vía judicial del consumo de la dosis personal de droga: ¿un desafío al sistema democrático en América Latina?. *Justicia Juris*, 10 (1), 102-116. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a10.pdf>

Madrazo Lajous, A. (2014). Los Costos Constitucionales de la “Guerra contra las Drogas”. En J. Collins (Ed.), *Acabando con la Guerra contra las Drogas. Informe del Grupo de Expertos de LSE en Economía de las Políticas sobre Drogas* (pp.59-65). LSE IDEAS con financiamiento de Open Society Foundations. Recuperado de <http://www.lse.ac.uk/IDEAS/publications/reports/pdf/LSE-IDEAS-Drugs-Report-Spanish.pdf>

Mathieu, H. (2013). Presentación. En H. Mathieu y C. Niño G. (Ed.), *De la represión a la regulación: propuestas para reformar las políticas contra las drogas* (1ra Ed.) (pp. 19-20). Bogotá D.C., Colombia: Friedrich Ebert Stiftung (FES), Programa de Cooperación en Seguridad Regional.

Mathieu, H., y Niño, C. (2013). Introducción. Aspectos de la situación actual de las drogas ilegales y propuestas de reforma. En. H. Mathieu y C. Niño G. (Ed.), *De la represión a la regulación: propuestas para reformar las políticas contra las drogas* (1ra Ed.) (pp. 21-64). Bogotá D.C., Colombia: Friedrich Ebert Stiftung (FES), Programa de Cooperación en Seguridad Regional.

Mejía, I. E. (2015). Recomendaciones para la revisión y construcción de líneas de política en reducción del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. En Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia. *Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia. Documentos Técnicos* (pp. 41-66). Recuperado de <http://www.ideaspaz.org/img/website/documents/informe-c-comision-asesora.pdf>

México Unido Contra la Delincuencia - Transform Drug Policy Foundation. (2013). *Terminando la guerra contra las drogas: cómo ganar el debate en América Latina*. Recuperado de http://www.tdpf.org.uk/sites/default/files/Como-ganar-el-debate-1_0.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021. La salud en Colombia la construyes tú*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Documento-completo-PDSP.pdf>

Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes. (2009). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2008. Informe Final*. Bogotá: Editora Guadalupe S.A.. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Nacional_Consumo_2008.pdf

Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia y Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia - 2013. Informe Final*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf

Monroy, J. (junio 2013). La penalización de drogas en América Latina desde el marco legal y constitucional. *URVIO, Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana*, (13), 127-136. Recuperado de <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/5472/1/RFLACSO-Ur13-10-Monroy.pdf>

Nino, C. S. (2007). *Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación*. 2a ed. 2a reimpresión. Ciudad de Buenos Aires, Argentina: Editorial Astrea de Alfredo y Ricardo Depalma SRL.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA). (2014). *Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades*. Recuperado de <file:///D:/descargas%20chrome/TDAT14001ESN.pdf>

Observatorio Interamericano de Drogas (OID) de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) - Organización de los Estados Americanos (OEA). (2015).

Informe sobre Uso de Drogas en las Américas 2015. Recuperado de <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3209>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2012). *Informe Mundial sobre las Drogas 2012*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2014). *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2014/06/World_Drug_Report_2014_web_embargoed.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2015). *Resumen Ejecutivo del Informe Mundial sobre las Drogas*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Organización de los Estados Americanos. [Informe del Programa Global SMART]. (2014). *Estimulantes de tipo anfetamínico en América Latina – 2014*. Recuperado de file:///D:/descargas%20chrome/LAC_Report_SPANISH_2014.pdf

Oficina del Alto Comisionado para la Paz. (2014). *Entérese del proceso de paz*. Recuperado de <http://www.santospresidente.com/media/enteresedelprocesodepaz.pdf>

Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (WOLA), Drug Policy Alliance (DPA), Transnational Institute (TNI) y la Friederich Ebert Stiftung (FESUR) en conjunto con el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Junta Nacional de Drogas (JND) y la Universidad de la República (UdelaR) del Uruguay. (Del 8 al 10 de abril del 2014). *Foro Internacional Actualización sobre los usos médicos y terapéuticos del cannabis*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de http://www.wola.org/sites/default/files/Drug%20Policy/informe_Final.pdf

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (s.f.). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperado de <http://www.un.org/es/documents/udhr/law.shtml>

Organización de los Estados Americanos (OEA). (2013a). *El problema de las drogas en las Américas. Informe Analítico*. Recuperado de http://www.oas.org/documents/spa/press/Introduccion_e_Informe_Analitico.pdf

Organización de los Estados Americanos (OEA). (2013b). *Escenarios para el problema de drogas en las Américas 2013-2025*. Recuperado de http://www.oas.org/documents/spa/press/Informe_de_Escenarios.pdf

Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (50. ° Consejo Directivo 62.a Sesión del Comité Regional del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010). *Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública*. Washington, D.C., EUA. Recuperado de <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-18-s.pdf?ua=1>

Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (51. ° Consejo Directivo 63.a Sesión del Comité Regional del 26 al 30 de septiembre del 2011). *Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública*. Washington, D.C., EUA. Recuperado de <file:///D:/descargas%20chrome/CD51-9-s.pdf>

Papa Francisco exhorta a no ceder a la legalización de las drogas. (20 de junio de 2014). *Aciprensa*. Recuperado de <https://www.aciprensa.com/noticias/papa-francisco-exhorta-a-no-ceder-a-la-legalizacion-de-las-drogas-34374/>

Parsons, W. (2007). *Políticas públicas: Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. México, D.F.: Flacso. [Traducción de Atenea Acevedo].

Passos, E. H. y Souza, T. P. (enero-abril 2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326567006>

[Traducción en

Pegoraro, L. y Rinella, A. (2006). *Introducción al derecho público comparado. Metodología de investigación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. [Traducción de César Astudillo].

Pérez, A. (2015). Políticas y estrategias de reducción de la demanda de drogas en Colombia: análisis y recomendaciones. En Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia. *Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia. Documentos Técnicos* (pp. 67-88). Recuperado de <http://www.ideaspaz.org/img/website/documents/informe-c-comision-asesora.pdf>

Pérez, A. y Mejía, J. (2015). *Evolución de la prevención del consumo de drogas en el mundo y en América Latina: 1970-2014*. Colombia: Corporación Nuevos Rumbos. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Augusto_Gomez/publication/271194173_Evolucion_de_la_prevenccion_del_consumo_de_drogas_en_el_mundo_y_en_America_Latina_1970-2014/links/54bfbf4d0cf21674ce9c7966.pdf

Peyraube, R. (2014). *El estigma de las PQUD y la atención de la salud*. Recuperado de https://mega.nz/#F!WEIViTqB!MBOgFhOmF0bBCygUVN0_1w

Pontón, D. (junio 2013). ¿Por qué no se despenalizan las drogas? Razones de la vigencia de una política fallida. *URVIO, Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana*, (13), 41-55. Recuperado de <http://revistas.flacsoandes.edu.ec/urvio/article/view/41-55/1088>

ProDerechos-Uruguay. (2015). Regulación de la Marihuana en Uruguay: De qué hablamos cuando decimos regulación. En Barra, A., Joloy, D., y Sánchez, L. (Coord.), *Drogas en movimiento. Para hablar de forma clara y abierta sobre el fenómeno de las drogas* (pp. 100-

102). México DF: Espolea A. C. con el apoyo de Open Society Foundations. Recuperado de http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/version_final_web.pdf

Quintero, J. (noviembre de 2012). Los CAMAD de Bogotá. Los centros de atención médica a drogadictos entre el discurso político y la acción técnica. *Serie Reforma legislativa en materia de drogas No. 22*. Ámsterdam, Países Bajos: TNI (Transnational Institute). Recuperado de <http://www.undrugcontrol.info/images/stories/documents/dlr22s.pdf>

Restrepo, A. (junio 2013). Guerra contra las drogas, consumidores de marihuana y legalización. *URVIO, Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana*, (13), 69-80. Recuperado de <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/5468/1/RFLACSO-Ur13-06-Restrepo.pdf>

Rincón, A. P. (2012). *Filosofía de los derechos humanos en América Latina* Beuchot, Papacchini y Nino. Bogotá D.C., Colombia: Universidad Santo Tomás. [Facultad de Filosofía y Letras. Maestría en Filosofía Latinoamericana Colección Summa Cum Laude]

Rodríguez B., Y. (2007). *Análisis de la repercusión del régimen internacional de la lucha contra las drogas en la formulación e implementación de políticas sobre reducción de la demanda en Colombia, 1998-2006*. (Monografía de grado). Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señor del Rosario, Bogotá D.C.

Rolles, S. (2012). *Después de la guerra contra las drogas: una propuesta para la regulación*. Fundación Transform Drug Policy. [Traducido al español por Enrique Bossio]. Recuperado de <file:///D:/descargas%20chrome/Blueprint-ESP.pdf>

Ruiz, A. E., Méndez, M., Prieto, B., Romano, A., Caynas S., y Prospéro, O. (2010). El cerebro, las drogas y los genes. *Salud mental*, 33(6). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000600008

Sáenz, S. (Julio-Diciembre de 2009). Consumo de drogas ilícitas, ¿prohibición o regulación? Análisis del caso colombiano en perspectiva de política comparada. *Revista Facultad de derecho y ciencias políticas*, 39(111), 253-282. Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/derecho/article/view/660/604>

Sala de Prensa de la Presidencia de la República de Colombia. (16 de febrero de 2015). *ABC sobre la Ley Estatutaria para la Salud*. Recuperado de http://wp.presidencia.gov.co/Noticias/2015/Febrero/Paginas/20150216_06-ABC-sobre-la-Ley-Estatutaria-para-la-Salud.aspx

Samper P., E. (2011). ¿Prohibición o Legalización?, la economía de las drogas: una nueva visión. *Poliantea – Suplemento Especial*, 255-269. Recuperado de [file:///D:/descargas%20chrome/Dialnet-ProhibicionOLegalizacionLaEconomiaDeLasDrogas-4784520%20\(2\).pdf](file:///D:/descargas%20chrome/Dialnet-ProhibicionOLegalizacionLaEconomiaDeLasDrogas-4784520%20(2).pdf)

Samper P., E. (2013). *Drogas. Prohibición o legalización. Una nueva propuesta*. Colombia: Debate - Random House Mondadori S.A.S.

Sánchez, L. (2013). *Guías para el debate. Lenguaje sobre drogas: 5 términos a diferenciar*. México DF: Espolea A. C. Recuperado de <http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/gped-es-lenguajesobredrogas.pdf>

Sánchez, L. (2015). Regulación legal: Innovaciones recientes del debate internacional. En Barra, A., Joloy, D., y Sánchez, L. (Coord.), *Drogas en movimiento. Para hablar de forma clara y abierta sobre el fenómeno de las drogas* (pp. 89-91). México DF: Espolea A. C. con el apoyo de Open Society Foundations. Recuperado de http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/version_final_web.pdf

Sánchez, V. M. (2010). Individuo, humanidad y sociedad internacional. En V.M. Sánchez (Director), *Derecho Internacional Público* (2a ed) (pp. 1-13). Barcelona: Huygens Editorial

Santos, J. M. (2016). Ante problemas persistentes, soluciones innovadoras. Por una nueva política global contra las drogas. *Noticias – Presidencia de la República*. Recuperado de <http://es.presidencia.gov.co/noticia/160419-Por-una-nueva-politica-global-contra-las-drogas>

Semana en Vivo. (1 de junio de 2016). *01/06/2016: Intervención en el Bronx – A*. [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=B-bbkbqyDuQ>

Soberón, R. (junio 2013). Los intentos de reforma de las políticas sobre drogas en América Latina. *URVIO, Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana*, (13), 27-39. Recuperado de <http://revistas.flacsoandes.edu.ec/urvio/article/view/27-39/1087>

Starck, C. (2008). La dignidad del hombre como garantía constitucional, en especial, en el derecho alemán. En Fernández, F. (Coord.), *Dignidad de la persona, derechos fundamentales, justicia constitucional* (pp. 239-302). Madrid: Dykinson, S.L.

Thoumi, F. E., y Jelsma, M. (2008). La normatividad internacional: soporte del paradigma prohibicionista. En A. Rangel Suárez. (Ed.), *La batalla perdida contra las drogas: ¿legalizar es la opción?* (pp. 153-231). Bogotá, Colombia: Intermedio Editores Ltda.

Tickner, A. B., y Cepeda, C. (2011). Las drogas ilícitas en la relación Colombia-Estados Unidos: Balance y perspectivas. En Gaviria, A., y Mejía, D. (autores compiladores), *Políticas antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos* (1ra Ed.) (pp. 205-234). Bogotá D.C., Colombia: Ediciones Uniandes.

Tokatlian, J. G. (28 de febrero de 2014) “Drogas (y dogmas) ¿una revolución paradigmática?”. *Informe Escaleno*. Recuperado de <http://www.informeescaleno.com.ar/index.php?s=articulos&id=119>

UNODC. (s.f). *Un siglo de fiscalización de drogas*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/26june/26june08/100ydrugcontrol_S.pdf

UNODC/Organización de los Estados Americanos. (2014). Estimulantes de tipo anfetamínico en América Latina. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/scientific/LAC_Report_SPANISH_2014.pdf

Uprimny, R. (2015). Marco jurídico para una política sobre drogas o sustancias psicoactivas. En Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia. *Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia Documentos Técnicos* (pp. 4-40). Recuperado de <http://www.ideaspaz.org/img/website/documents/informe-c-comision-asesora.pdf>

Uprimny, R., Guzmán, D.E., Parra, J.A., Bernal, C. (s.f.). Políticas de drogas frente al consumo en Colombia: análisis desde una perspectiva de derechos humanos. *Colectivo de Estudios Drogas y Derecho (CEDD)*. Recuperado de <http://www.drogasyderecho.org/publicaciones/pub-col/colombia-usuarios.pdf>

Valdomir, S. (enero – febrero de 2015). «Alguien tiene que ser el primero» La iniciativa uruguaya sobre el cannabis: ¿un modelo regional?. *Nueva Sociedad*, (255), 106-116. Recuperado de http://nuso.org/media/articles/downloads/4096_1.pdf

Valenzuela, S. (8 de diciembre de 2014). Dos años de los Camad en la capital. *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/dos-anos-de-los-camad-capital-articulo-532063>

Vanegas, G., Estupiñán, L., Matias, S. R., Sandoval, M. L., Gómez, B., Santofimio, R.,...Sierra, H. G. (2004). *Guía para la elaboración de proyectos de investigación en derecho*. 2a ed. Bogotá, Colombia: Universidad Libre.

Velásquez, R. (I semestre de 2009). Hacia una nueva definición del concepto “política pública”. *Desafíos*, (20), 149-187. Recuperado de <http://www.ins.gov.co/investigacion/docs/Hacia%20una%20nueva%20definici%C3%B3n%20de%20pol%C3%ADtica%20p%C3%ABlica.pdf>

Vergara, E. (2013). Propuestas para regular el consumo y venta al por menor de drogas de base vegetal. En. H. Mathieu y C. Niño G. (Ed.), *De la represión a la regulación: propuestas para reformar las políticas contra las drogas* (1ra Ed.) (pp. 177-262). Bogotá D.C., Colombia: Friedrich Ebert Stiftung (FES), Programa de Cooperación en Seguridad Regional.

Woodrow Wilson Center y la Fundación Ideas para la Paz (2013). *Políticas de Drogas desde la perspectiva de la Salud Pública y los Derechos Humanos*. [54 Periodo de Sesiones Ordinarias de la CICAD 10 de diciembre de 2013, Bogotá-Colombia]. Recuperado de <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=2516>